FIOCRUZ

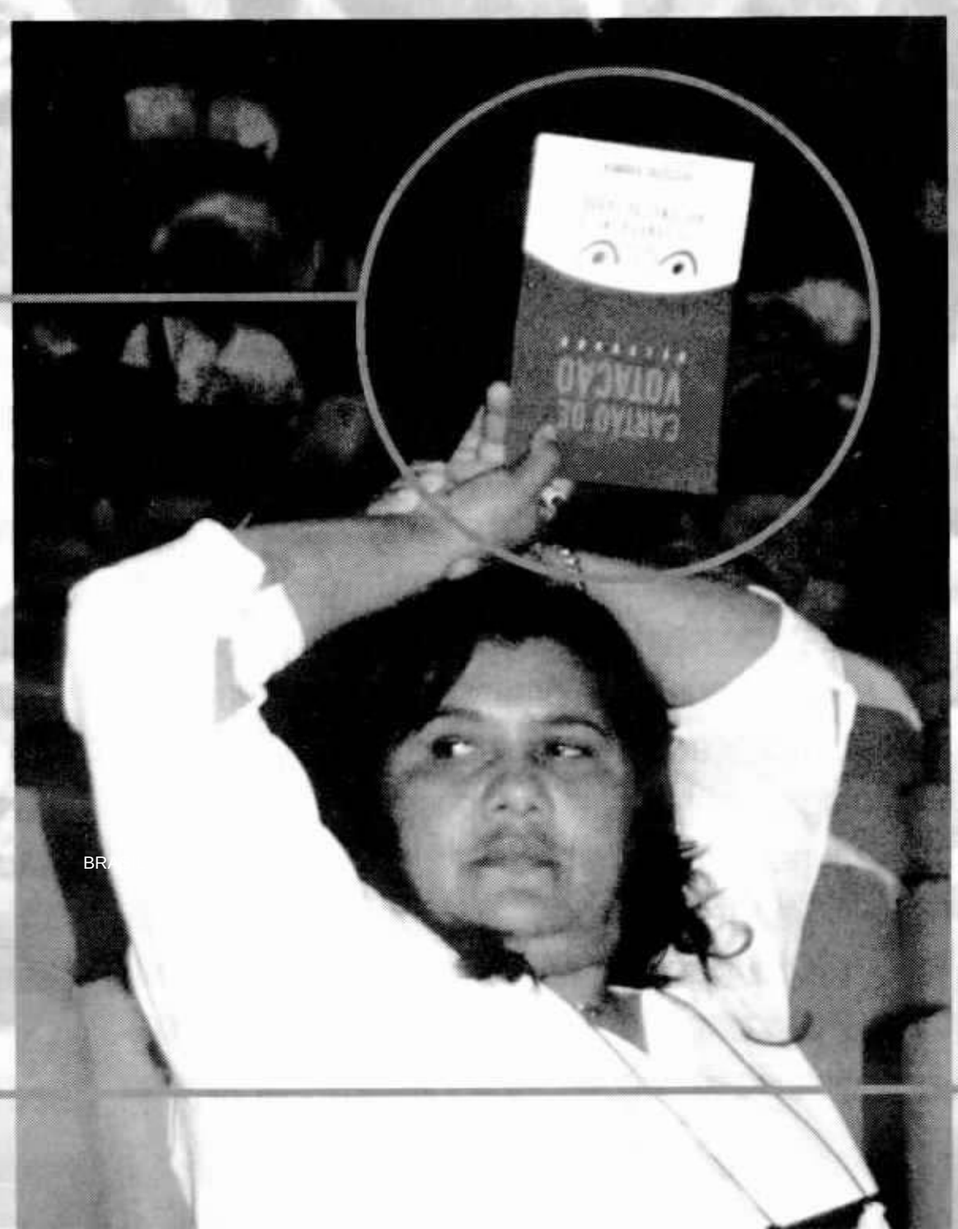
Radis

http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.html

RADIS
Nº 20 • FEVEREIRO • 2001

11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O BRASIL DIZ COMO QUER SER TRATADO



FIOCRUZ

CONFERÊNCIA

BRA

11ª CONFERÊNCIA MOSTRA QUE MODELO DO SUS É BOM, MAS AINDA HÁ MUITO O QUE FAZER

• *ÁLVARO NASCIMENTO**

As mesas redondas, os debates em plenário e principalmente os grupos de trabalho da 11ª Conferência mostraram a importância do SUS, mas deixaram claro que persistem velhos e novos problemas.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília de 15 a 19 de dezembro de 2000, pode ser considerada um marco na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O evento fez uma análise profunda não só do sistema de saúde, mas das conseqüências que o modelo econômico adotado no País tem trazido às áreas de maior impacto social.

Um resumo dos principais conceitos e valores que deram a tônica aos debates nos grupos de trabalho e na plenária final demonstra que o SUS representa um grande avanço como política pública no Brasil. Ele faz com que a saúde seja o único setor com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Maior prova disso é a criação de conselhos de saúde com participação da sociedade em praticamente todos os mais de cinco mil municípios do País.

Entretanto, os avanços que poderiam estar sendo patrocinados pelo SUS são dificultados pelo fato dele conter uma concepção de solidariedade social - representada por princípios como a universalidade de acesso, eqüidade e integralidade da atenção à saúde - que esbarra na atual política econômica do País, que caminha em direção oposta.

Os delegados vindos dos mais longínquos estados e municípios indicaram que o sucesso da implantação do SUS também é dificultado pela cultura política brasileira, marcada pelo autoritarismo, clientelismo e pela exclusão. A garantia de direitos e das conquistas sociais - já consagradas em leis e na própria Constituição - necessita de uma sociedade organizada de forma menos frágil, pois o resultado dessa realidade é a dificuldade de acesso ao SUS justamente pelos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da exclusão.

Os debates e deliberações constataram que, no Brasil das desigualdades sociais, perdura a visão de que as ações de saúde são uma concessão aos pobres e que os governos somente deveriam agir naquilo que não interessa ao setor privado, atuando para evitar que eclodam as epidemias.

As conferências nacionais de saúde, realizadas a cada quatro anos, são importantes instrumentos de participação da sociedade organizada na elobaração das diretrizes da política nacional de saúde, com vistas a superar os problemas do setor. Elas reúnem gestores municipais, estaduais e federais do sistema de saúde, prestadores de serviço, formadores de recursos humanos, profissionais de saúde, confederações de empresários, comunidade científica, organizações religiosas e representantes de usuários do SUS, como os portadores de patologias e os movimentos sociais organizados, a exemplo dos sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos.

O tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde - "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social"- mostrou, por sua vez, que a questão da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde ainda está longe de ser a ideal. Para resgatar os princípios que nortearam a concepção de controle social do SUS, os delegados aprovaram propostas concretas para superar o problema.

Vale ressaltar que a realização da 11ª Conferência coincide com a posse de uma nova Presidência na Fundação Oswaldo Cruz, instituição centenária, reconhecida no Brasil e no exterior, historicamente ligada à defesa da saúde e que se orgulha de ter participado de forma ativa na construção do texto constitucional relativo à saúde.

Por se considerar uma instituição participante do SUS, a Fiocruz - que está formatando o seu Plano de Trabalho para os próximos quatro anos - já está levando em consideração as deliberações da 11ª Conferência como parâmetro para a sua atuação nas áreas da produção de medicamentos e imunobiológicos, assistência de referência, controle da qualidade, ensino, informação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

Por tudo isso, é com orgulho que apresentamos esta TEMA a nossos leitores. Éla é mais um instrumento de informação voltado para a construção de consciência, e defesa da cidadania, na busca de assegurar maior amplitude do debate no setor, no esforço que o Programa Radis desenvolve há 18 anos no sentido de reunir, analisar e difundir informações em saúde, que impactem e tragam melhorias concretas à performance no sistema de saúde brasileiro.

**** Coordenador, Editor e Redator do Programa Radis / Ensp / Fiocruz.***

Discurso do Ministro José Serra

"O MINISTÉRIO ESPERA AS CONTRIBUIÇÕES DESTE PLENÁRIO PARA DESENVOLVER SUAS FUTURAS POLÍTICAS"

Ao afirmar em seu discurso de abertura da 11ª Conferência que "o Ministério da Saúde e o Governo têm uma grande expectativa em relação a esta Conferência e será fundamental a contribuição deste plenário às futuras políticas do Ministério", o Ministro José Serra procurou se comprometer com a continuidade da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil:

- Desde o meu discurso de posse, rafirmei a importância e a constitucionalidade do SUS e o compromisso de reafirmá-lo, desenvolvê-lo e aprimorá-lo. Este é o norte de nosso trabalho no Ministério da Saúde.

Serra valorizou a 11ª Conferência e ressaltou a importância de seu temário:

- Esta conferência vai avaliar dez anos de implantação do SUS, seu funcionamento, as responsabilidades dos municípios, estados e da União, os nossos modelos de gestão, enfim a justiça social na área da saúde.

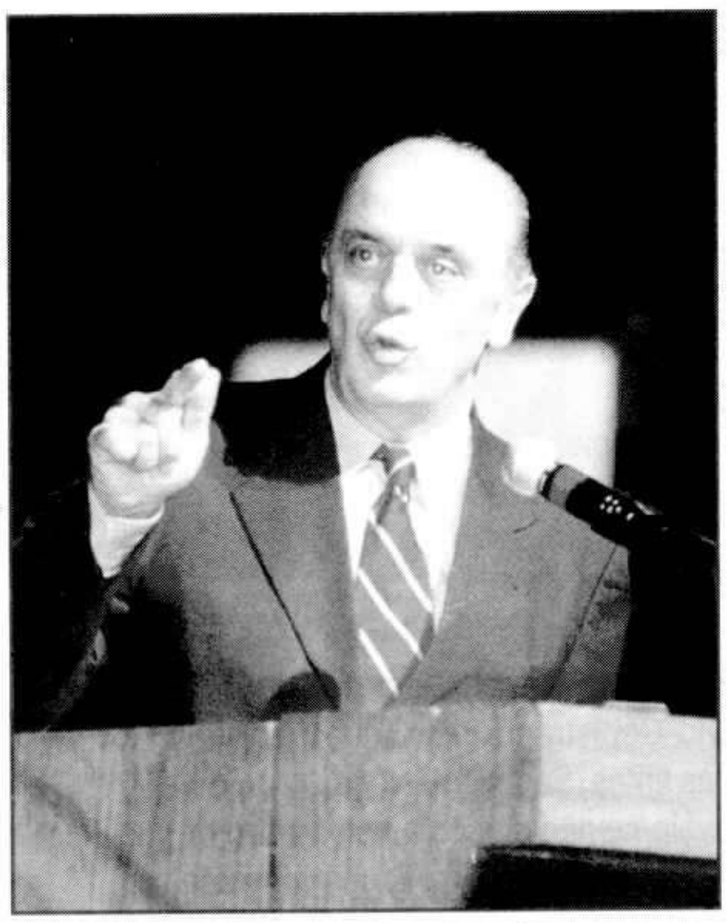
E fez um resumo da atuação do Ministério da Saúde como órgão nacional de coordenação do SUS:

- Nossa atuação tem sido a de enfrentar todas as lutas que se apresentam, como a da atenção básica, até o enfrentamento da indústria de medicamentos, na questão dos preços abusivos destes produtos essenciais para a população.

Segundo o Ministro, "nossa perspectiva é que temos que lutar por uma saúde justa não só para acrescentar anos à vida das pessoas, mas também qualidade de vida a estes anos, para que esta mesma população viva melhor".

José Serra falou do processo de descentralização e dos programas mais importantes do Ministério:

- Estamos realizando a descentralização na prática, desenvolvendo os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde na Família, que com a posse dos novos prefeitos poderão ter um grande estímulo. Também implementamos o Programa Farmácia Básica, estimulamos os laboratórios oficiais para distribuição gratuita de medicamentos, pois grande parte da população não tem recursos sequer para comprar o medicamento barato, sendo a produção pública a única saída para estas pessoas.



Para o Ministro da Saúde José Serra, o lado dominante do SUS é o positivo.

Serra ressaltou que esta política levou "ao barateamento dos medicamentos da Aids, com ecomomia de até 70%". Ele ainda citou o combate às carências nutricionais presentes em cinco mil municípios e o combate às endemias como iniciativas importantes do Ministério, "multiplicando as ações de formas descentralizada".

O Ministro lembrou que "com a votação do Senado aprovando o projeto que permite zerar os impostos federais sobre medicamentos, completamos oito projetos de grande alcance para a saúde tranformados em lei em três anos".

E listou cada um deles:

- Estes projetos dizem respeito à punição mais severa para fraudes em medicamentos, à regulamentação dos planos de saúde para impedir abusos, o de medicamentos genéricos apresentado pelo Deputado Eduardo Jorge, o que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária com autonomia e o da Agência Nacional de Saúde Complementar para regular a atuação destes planos. Além disso, vinculamos os recursos da saúde nas três esferas de Governo, através da emenda constitucional 169, e esperamos que até 2004 aprovemos uma nova lei que assegure recursos definitivos para o setor

Serra citou, ainda, a lei aprovada pela Câmara que proíbe a propaganda de cigarros - "luta que está apenas começando" - e a desoneração tributária da cesta básica de medicamentos, relativa ao PIS e Cofins:

- Talvez nunca na história a legislação tenha sido tão modificada e para melhor. Isso não foi obra minha ou do Ministério, mas de todo o setor saúde e de muitos parlamentares. Estas oito leis contaram com apoio da oposição ao Governo em todos os momentos. Uma moçada boa de briga, competente e de muito espírito público.

Serra encerrou dizendo que "ainda temos muito o que fazer, mas temos que nos orgulhar do trabalho que estamos fazendo no SUS, no sentido de consolidá-lo":

- Setores da elite sempre têm perspectiva exterminadora em relação aos serviços sociais. A ótica dificilmenmte é aprimorar, mas extingüir. Na saúde, nós estamos conseguindo impedir isso através do SUS. O lado dominante do SUS é o positivo.

Fala, delegado!

Durante os meses que antecederam a 11ª Conferência Nacional de Saúde vimos cartazes, estampando faces brasileiras que terminariam por fornecer uma identidade para o evento. Faces mulatas, negras, brancas, asiáticas e de traços indígenas, faces mestiças, de velhos e jovens, de homens e mulheres, visíveis de várias formas e em várias mídias, ao longo das estradas, em out-doors, documentos e cenários da Conferência. O 'rosto do Brasil', esse era o conceito de todo o esforço de divulgação.

Em agosto do ano passado, realizou-se em Salvador o maior congresso de saúde coletiva jamais visto no país, cujo tema era, coincidentemente, 'O Sujeito da Saúde'.

(CONTINUA...)☞

SESSÃO DE ABERTURA

HOMENAGEM A DAVID CAPISTRANO FILHO EMOCIONA E REAFIRMA COMPROMISSOS

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

Uma emocionante homenagem a David Capistrano Filho e a reafirmação de compromissos históricos do movimento sanitário brasileiro deram a tônica à solenidade que abriu a 11ª Conferência.

Coordenadora do evento, Rita Barata afirmou que todos os que participaram da sua organização esperavam que a Conferência acrescentasse alguns passos na construção de um País livre, justo e feliz:

- O SUS é uma utopia. A utopia de ter todos os cidadãos brasileiros vivendo com dignidade.

Coube ao ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, em nome da Comissão Organizadora, iniciar a homenagem ao sanitarista David Capistrano Filho, que falecera semanas antes. Segundo Jatene, "Uma Nação revela-se não somente pelos homens que produz, mas pelos que presta homenagem. Precisamos cultivar aqueles que podem ser considerados ídolos para nossa luta, para que tenhamos forças para continuar a nossa tarefa". Ele convidou Maria do Socorro Mattos, uma das colaboradoras mais próximas de David, a fazer um depoimento do que foi trabalhar com ele.

Ela lembrou a perseguição da ditadura militar a David, "que nunca temia quem enfrentava e achava que as diferenças deviam ser explicitadas e estimuladas":

- O exercício da dialética impregnava sua alma. Tinha coragem, ousadia e visão de profeta. Em 1989, Secretário de Saúde de Santos, David começa a contestar o tratamento manicomial no Hospital Anchieta. Quase foi preso quando decidiu trocar seringas para evitar novos casos de Aids e salvar vidas humanas, tendo sido acusado de estimular o uso de drogas. Hoje, se vê que a iniciativa se transforma em programa do Ministério da Saúde. Como Prefeito de Santos, sempre estimulou os movimentos populares na saúde e na cultura. Forneceu coquetel de drogas a todos os pacientes soropositivos. Sabia como ninguém que aquelas pessoas não podiam esperar. Mais tarde, foi seguido pelo Governo Federal, que passou a assumir integralmente o tratamento.

Mais recentemente, David Capistrano coordenou o Projeto Qualis, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Nos últimos meses, era consultor do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Vitória da Conquista (BA). Foi o responsável pela idealização e implementação dos programas Médico de Família e de Agentes de Saúde, abrindo caminho para uma nova ótica na saúde pública brasileira.

Maria Augusta de Oliveira, mãe de David Capistrano Filho: "Espero que toda a comunidade da saúde tenha a preocupação de levar adiante as diretrizes que David defendeu enquanto aqui esteve"

- Justiça, liberdade, eqüidade, sonho de transformar o mundo, identificação com a luta dos de baixo, tudo isso faz parte da luta de David, finalizou ela.

Mas o momento mais emocionante foi quando Jatene chamou a mãe de David, Dona Maria Augusta de Oliveira, para falar do filho. Seu discurso foi contundente:

- É com enorme emoção, como mãe de David, que me sinto orgulhosíssima de ter tido um filho com suas qualidades. Me sinto honrada porque meu filho soube seguir a educação dos pais, de defesa do povo brasileiro, ocupando cargos sem pensar em si, mas para servir às camadas mais sofridas da população. Meu filho morreu prematuramente, pois ainda tinha muito a dar ao País, à sua família, ao povo e à saúde da Nação. É lamentável que tenha morrido prematuramente. David não foi filho apenas de um revolucionário, que foi David Capistrano. Foi filho de uma mãe revolucionária, que dos confins do nordeste já percebia que precisava participar da luta em defesa da democracia e da liberdade neste País. Foi através desta educação que ele se formou, desenvolveu sua capacidade intelectual e moral, colocando-se a serviço da saúde no Brasil, como tarefa política ligada aos demais democratas, para transformar o Brasil numa Nação justa. Estou tremendamente emocionada, porque além de tudo isso ele era um grande filho, com uma afinidade enorme com sua mãe, política, ideológica, de concepção, sabendo de minha enorme satisfação com seu trabalho. Espero que toda a comunidade da saúde tenha a preocupação de levar adiante as diretrizes que David defendeu enquanto aqui esteve.

Deliberações: Nos rodapés das próximas páginas, publicamos algumas das deliberações da 11ª Conferência, debatidas nos grupos de trabalho e submetidas à Plenária Final. Elas dizem respeito a três temas: "Avaliação do Controle Social nos dez anos do SUS", "Financiamento e Responsabilidades das três esferas político-administrativas" e "Modelo Assistencial e de Gestão".

SUS: REVENDO A TRAJETÓRIA

OS AVANÇOS E RETROCESSOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

O processo de construção da Reforma Sanitária no Brasil é o da fixação e concretização de valores, centrados na solidariedade, na ética e na democracia. Este é o resumo da mesa que abriu a 11ª Conferência, "SUS - Revendo a Trajetória"- que fez um balanço histórico da implantação do SUS no País. Coordenada por Márcio Almeida, ela foi aberta por Sérgio Arouca (Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ex-Presidente da Fiocruz, ex-Deputado Federal e atual Secretário Municipal de Saúde do Rio), que identificou os vários valores que sempre nortearan o movimento:

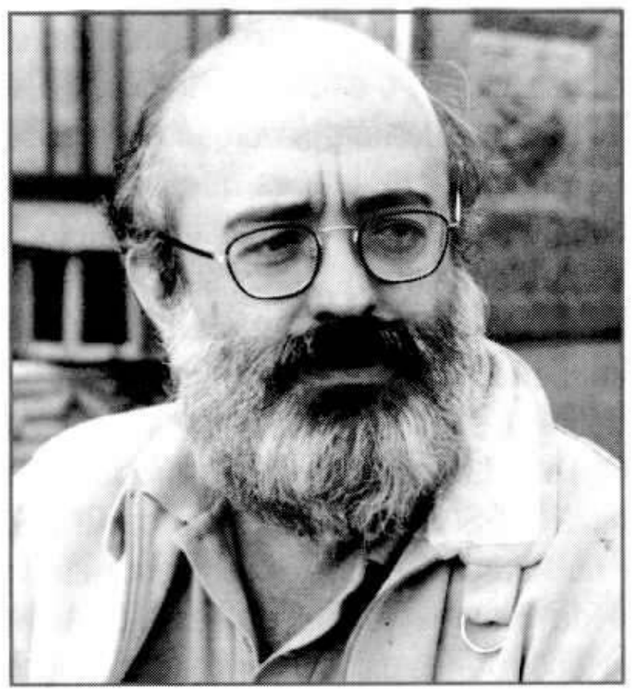
- Ainda durante a ditadura militar, o Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao Cebes e à Abrasco, formalizou o documento "Saúde e Democracia", apresentado no Simpósio sobre saúde da Câmara dos Deputados. Debaixo do autoritarismo, da opressão, da violência que atentava contra os princípios da vida humana, apresentamos um documento onde a saúde não era vista como a simples assistência médica. Ali começamos a lutar pelo valor da liberdade. Foi o primeiro marco que não podemos esquecer. O movimento sanitário brasileiro não nasceu de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasceu marcado pela defesa de valores, assumindo a luta pela democracia.

Ele lembra que a realização da 8ª Conferência foi um momento de síntese:

- Não havia nenhuma proposta de continuidade, mas de ruptura. A saúde enquanto projeto pode ser demarcada entre antes e depois da oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia direta.

Segundo Arouca, o desafio era fazer com que as associações de moradores, sindicatos, igrejas, clubes de serviço, participassem de uma reforma democrática do Estado brasileiro, de perfil centralizado e autoritário:

- A oitava conferência rompe com este Estado e promove reuniões desde os municípios, que se consolidam nos estados, com ampla participação da população, que elege delegados à conferência nacional, clamando por uma reforma democrática do Estado. A saúde rompeu, ainda, com o muro da vergonha que separava medicina preventiva da assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva. E a oitava se colocou a pergunta se o Inamps, que prestava assistência aos trabalhadores, deveria ou não ser transferido para o Ministério da Saúde. Como respondê-la? A partir de um Estado centralizado, de cima para baixo, de forma autoritária, com debates técnicos? Ou tendo a coragem de gerar um movimento de baixo para cima, para que o projeto de sistema de saúde nascesse da sociedade e não em gabinetes?



Sérgio Arouca

Para ele, foi um momento inédito, onde os próprios trabalhadores do Inamps representados na Conferência votaram pela extinção do órgão, abrindo mão de uma postura corporativa em prol de um projeto para o País:

- Estava se colocando um novo valor, que considerava que a reforma do Estado brasileiro deveria ser feita a partir da sociedade.

O movimento da reforma sanitária entendeu, ainda segundo Arouca, a importância do processo constituinte:

- O texto da saúde da Constituição nasceu de uma emenda popular e disso não podemos nos esquecer. Emenda que assegura que a saúde é um direito de todos, que o Estado deve garanti-lo e se coloca, de novo, um valor no debate, quando conseguimos construir princípios para nortear o SUS, que eram os princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Defendíamos o valor da universalização de direitos, onde todo cidadão teria direito à saúde, o valor de que a saúde deve ser vista de forma integral, que era um princípio de como se entende o ser humano, que não é uma úlcera ou um enfarte, mas tem nome e sobrenome, tem família, tem seu trabalho, tem dor, tem medo. E colocamos um novo valor, que desta vez veio na contramão do desenvolvimento científico que desumaniza e que não enxerga princípios humanistas do indivíduo e da comunidade. Um conjunto de valores traduzidos como liberdade, democracia, universalização de direitos,

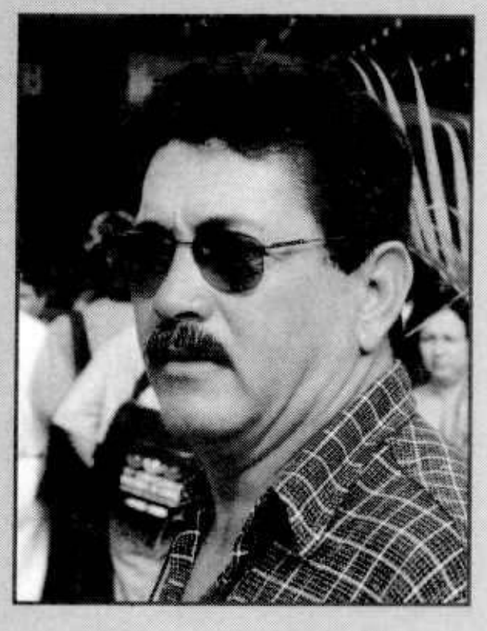
"As restrições ao orçamento da saúde são inexplicáveis. O Conselho Nacional de Saúde aponta que a arrecadação da União cresceu 80% entre 1995 e 1999. Se a proporcionalidade de distribuição das receitas tivesse sido mantida, o orçamento da saúde teria chegado a R$ 38 bilhões em 2000, ao invés dos R$ 22 bilhões observados. Isso não ocorre porque 44% do orçamento da União é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida externa. O Governo Federal tem reduzido a utilização na saúde dos recursos das contribuições sociais".

Fala, delegado!

(CONTINUAÇÃO)

Foi aproveitando esse pensamento-sujeito e também essas faces-logomarcas (intenção de decidida humanização e 'subjetivação' dos organismos orientadores das políticas de saúde pública do Brasil), que decidimos emprestar uma voz a esses rostos. Como as faces, as vozes são também variadas, significativas e marcantes. Em todas as páginas dessa Tema, nestas bordas, você encontrará depoimentos de delegados da Conferência, vindos de vários estados e representando várias instituições e instâncias da sociedade civil organizada. Se você já viu os rostos desses 'sujeitos' da saúde, que tal agora ouvir o que eles têm a dizer?

Caco Xavier



"A 11ª Conferência foi um fato marcante, está sendo muito boa, tendo grande participação, grande empenho principalmente por parte dos conferencistas e dos delegados e tenho certeza que dela sairá um grande resultado. O grupo onde participei foi muito atuante e teve grandes debates e confrontos de idéias. Tudo leva a crer que os resultados serão bons. Essa é a minha impressão".

João José Batista de Castro (São Paulo-SP)

garantia de que todo cidadão teria acesso a todos os bens que o Estado pudesse prover. E que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito.

Se referindo à emocionante solenidade que abriu a 11ª Conferência, Arouca disse que "toda a emoção que a envolveu recoloca a Reforma Sanitária no seu verdadeiro lugar, porque ela não é um projeto administrativo, só. Não é um projeto técnico-gerencial, só. Não é um projeto técnico-científico, só. Também é. Mas o projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

Para falar sobre a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e da Legislação do SUS, Arlindo Fábio Gomez de Souza (ex-Secretário Executivo da CNRS, ex-Presidente da Abrasco e atual Superintendente do Canal Saúde da Fiocruz) começou fazendo uma homenagem "a todos os que participaram da construção de uma nova proposta para a saúde e de uma nova proposta de sociedade".

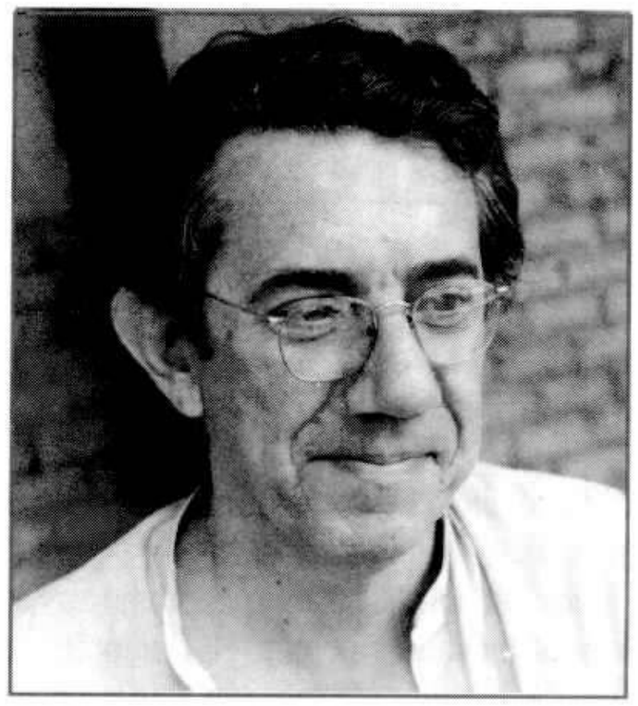
Segundo ele, a CNRS, presidida por José Alberto Hermógenes de Souza, "que pelo Ministério da Saúde teve a coragem de convocá-la e exigir o seu funcionamento", foi importantíssima no processo da reforma e na consolidação do SUS:

- A Comissão foi uma conseqüência da oitava. Ela foi criada para dar continuidade e concretude às deliberações da conferência. Se buscou criar um fórum que colocasse em ação o que fosse necessário para implementar as decisões da oitava. Mas o ensinamento que podemos tirar dela é que o processo político é mais complexo, mais demorado, exige maior negociação, pactuação, maior identificação dos atores e compromissos dos atores envolvidos no processo.

Arlindo explica que "a oitava foi o primeiro momento em que usuários, gestores, profissionais e servidores estiveram juntos, pois até então as conferências eram instâncias internas do Ministério da Saúde, que fazia as convocações de quem ele queria e discutia temas que diziam mais respeito às questões burocrático-administrativas do Ministério".

Na oitava, lembra ele, um setor não esteve deliberadamente presente:

- O setor privado de prestação de serviços, que se negou a comparecer, tentou sem êxito uma conferência paralela em São Paulo. Frente a esta realidade, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária cumpriu a tarefa de reintroduzir a interlocução com este setor, que naquele momento era responsável por 85% dos leitos hospitalares do País. E se não era possível, pois não havia condições políticas para isso, de se ir na direção de uma das propostas discutidas na oitava, que era a estatização imediata dos serviços privados de saúde e



Arlindo Fábio Gomez de Souza

da produção de medicamentos, se esse momento não estava dado, havia que se pensar em alguma forma de reintroduzir um ator importante, para que pudéssemos ganhar legitimidade no envio e no encaminhamento das propostas, inclusive da oitava, na Assembléia Nacional Constituinte.

Para Arlindo, a lição da CNRS é a da capacidade de negociação:

- São momentos em que nos exasperamos porque queremos caminhar mais. Mas sabemos que se determinados passos não forem dados, certamente não chegaremos ao ponto que desejamos. A CNRS teve essa finalidade, de agregar os atores fundamentais no processo da prestação e atenção à saúde, que voltaram à mesa de negociações.

Ele avalia que as emendas populares deram o perfil final do que temos hoje no texto constitucional, mas é verdade também que foi das negociações havidas na CNRS que se chegou ao texto preliminar:

- O texto construído na Comissão foi difundido para todo o território nacional, através de sindicatos, associações de moradores, igrejas, organizações das mais variadas, partidos políticos, que discutindo seu conteúdo elaboraram as emendas populares que deram origem ao texto da Constituição.

Para Arlindo, a legitimidade da 8ª Conferência e da CNRS se expressa em dois monentos:

- Na própria oitava, com a presença do Presidente da República, no início do processo de redemocrtaização do País, quando ele abre a Conferência dizendo que considerava a oitava como uma pré-constituinte da saúde, reconhecendo a legalidade e a legitimidade do que ali está colocado. Na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, ao entregamos o relatório da oitava, os membros que a compunham nos disseram que o reconhecimento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, embasada na legitimidade e reprentatividade da oitava, impunha que eles assumissem o compromisso de aprovação do texto que estava sendo entregue.

Aprovado o texto em 1988, Arlindo considera que o País passa a viver "um momento de fortalecimento da

"O ingresso dos recursos originados da CPMF não aumentou o volume de recursos para a saúde, o que a caractarizou como uma fonte substitutiva. Além disso, os gastos federais têm sido crescentes no financiamento dos serviços privados. Recursos financeiros são repassados para cooperativas, organizações sociais e outras formas de prestadores privados, sem controle social. (...) O financiamento da assistência farmacêutica básica tem sido insuficiente e os municípios têm tido dificuldades de acesso a estes recursos".

política liberal, implantada a partir de 1990 com o Governo Collor", quando se começa a tentar reverter as conquistas obtidas na oitava, na CNRS e consagradas no texto constitucional:

- Não foi uma, duas ou três vezes que estas tentativas foram feitas e diga-se de passagem que elas continuaram em anos subseqüentes, de tentar desfazer o que havia sido consagrado pela sociedade brasileira no embate político do texto constitucional.

Por isso, segundo ele, a Lei Orgânica da Saúde, composta na verdade por duas leis, a 8.080 e a 8.142, são conquistadas no final de 1990, dois anos depois da promulgação da Constitiuição:

- Em novo esforço de negociação, baseado numa representatividade e legitimidade alcançadas pelo movimento sanitário, que propugnava idéias que prevaleciam na sociedade brasileira, conseguimos avançar um pouco mais. Apenas duas questões não foram contempladas na Lei 8.080, que eram questões fechadas para o Governo Collor e diziam respeito ao financiamento do SUS, com repasse direto fundo a fundo, e a que dizia respeito à participação da sociedade no exercício do controle social. Os vetos presidenciais estão identificados na lei, mostrando claramente que estes eram campos intocáveis. E mais uma vez o ensinamento foi o da necessidade de continuar a lutar, reorganizar nossas forças, ir para o embate, para finalmente conquistar, no dia 28 de dezembro de 1990, a Lei 8.142, que dispõe sobre a questão do repasse financeiro e sobre a participação da comunidade.

Arlindo concluiu afirmando que "se a oitava é fundamental na marca do que temos hoje aqui na 11ª Conferência, com a participação da sociedade como um todo, é importante termos claro que foi na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na Constituinte e nas leis 8.080 e 8.142 que se dá o fortalecimento do exercício do controle social por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde".

Para historiar os embates pela descentralização, a extinção do Inamps e a NOB 93, Gilson Carvalho (ex-Secretário de Saúde de São José dos Campos - SP) lembrou que se as conferências nacionais são sempre "um banquete de democracia, este processo descentralizatório que defendemos como meio de se conseguir mais eficiência e eficácia é um princípio constitucional, que vem da primeira frase da Constituição, que diz que todo poder emana do povo, que o exerce diretamente ou através de seus representantes eleitos".

Ele lembrou, ainda, o artigo 18 da Constituição, que fala da organização político-administrativa do País, dizendo que existe autonomia entre as três esferas de Governo, numa República Federativa, e o artigo 30, que diz que as ações de saúde deverão ser desempenhadas pelos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados.

Para ele, quando se discute descentralização, está se respeitando um preceito constitiucional. Particularmente em relação ao artigo 194 da Carta, que trata da seguridade, ele frisa que a definição é clara, quando diz que a gestão da seguridade, que inclui saúde, previdência e assitência, será feita dentro de um princípio de descentralização, com gestão única em cada esfera de governo:

- E aí temos que fazer uma grande diferença entre a descentralização e a desconcentração. A descentralização que é preceito constitucional inclui competências, meios e poder decisório para que aquelas competências sejam executadas. Já a desconcentração, característica de estados centralizados, se dá quando você está no município ou no estado apenas cumprindo ordens do governo central. E esta diferença é a que hoje impede que se tenha a implantação definitiva do SUS. A descentralização é fazer com que o poder de decisão esteja perto de quem tenha a competência de fazer o sistema funcionar.

Segundo Gilson, a NOB-93, concebida sob a égide da frase "a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", fez uma opção, de que a implantação do SUS tem que se dar por um processo e que isso tem que ser negociado:

- A história da descentralização no Brasil sempre passou por uma descentralização muitas vezes mal programada, seguida da recentralização punidora. Para evitar que isso acontecesse, a NOB partiu da idéia de negociação e criou a Tripartite, com a reunião da instância federal, estadual e municipal para discutir a operacionalização do processo. E nos estados, criou a comissão intergestores bipartite, que era a mesa em que estados e municípios discutiam questões regionais. Em agosto de 94, a NOB teve impulso com o Decreto de passagem fundo a fundo, em novembro os primeiros municípios entraram em gestão semi-plena e de janeiro a maio de 95, muda-se o Governo, teve um freio neste processo, e de maio de 95 até a NOB 96 estamos avançando aos poucos.

Para ele, "após a NOB-93 estamos num movimento de recentralização do SUS":

- Hoje temos transferência de obrigações para estados e municípios com recentralização, pois o poder e o dinheiro estão no nível da União. Você descentraliza a obrigação, mas recentraliza o dinheiro que determina o que será feito. Este é o grande embaraço.

Ele exemplifica a afirmação:

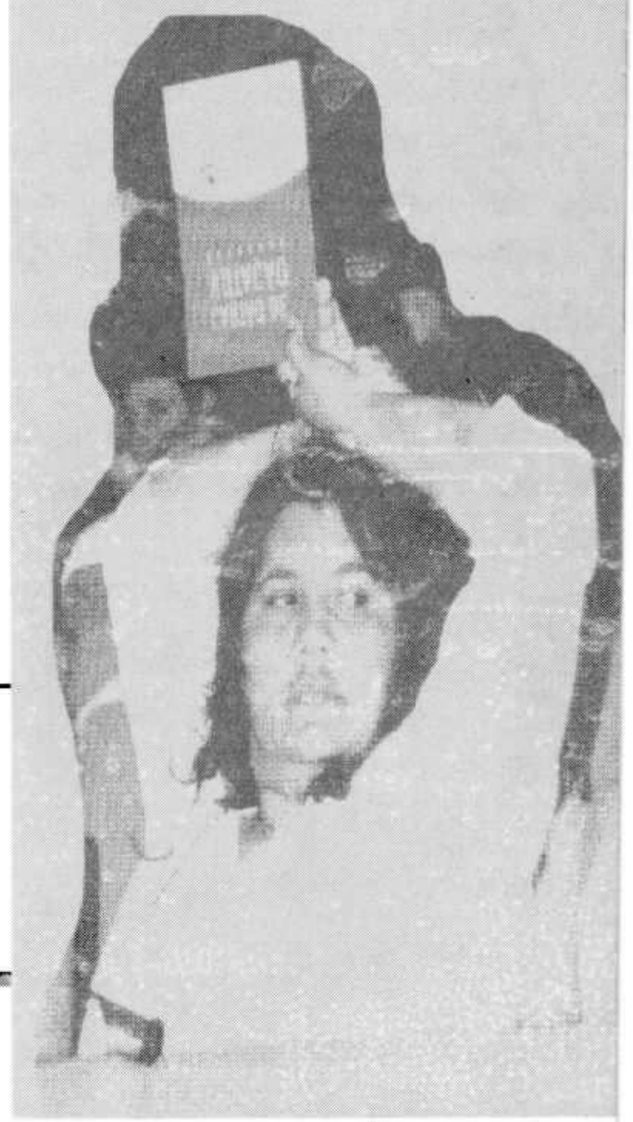
- São 22 maneiras de se repassar recursos hoje para estados e municípios. Há 22 caixinhas. Não há processo de descentralização que agüente esta decisão verticalizada do que eu vou fazer no meu município. Estamos fazendo a antítese da descentralização. Recentemente, o Tribunal de Contas da União reeditou, a pedido do Ministério da Saúde, normas de como gastar dinheiro, voltando à época do Suds, quando já há trânsito em julgado permitindo que este dinheiro seja utilizado dentro do SUS para qualquer tipo de despesa, que é o que o gestor local precisa.

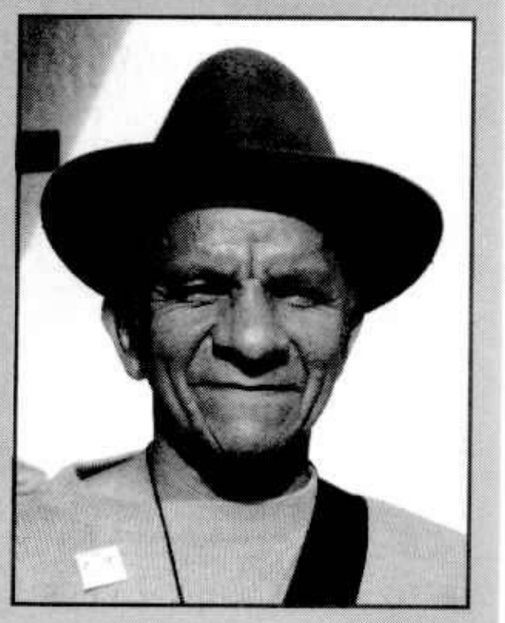
Ele concluiu alertando que este projeto tem vários

"Os mecanismos de acompanhamento e controle dos gastos também merece preocupação. (...) Ainda há recursos executados por fora dos Fundos de Saúde, contrariando as disposições legais, e em muitos municípios o controle dos recursos é feito pelas sectetarias de fazenda e/ou chefe do Executivo. A existência de uma lógica fragmentada de transferência de recursos federais - tabelas de produção, programas verticalizados e atividades rigidamente estabelecidas (tuberculose, DST/Aids, etc.) impede a democratização da discussão do uso destes recursos".

"Na minha opinião, os andamentos estão indo tudo bem. A Conferência é um sucesso. Espero que ao final traga o resultado que a gente espera, que as propostas apresentadas tragam mudanças porque nosso sofrimento está grande, eu sinto na pele. É por isso que eu estou aqui. Meu marido teve um derrame e eu sofri para conseguir atendimento. Eu estou aqui batalhando e eu espero em Deus sair daqui com uma vitória".

Francisca Valério Paixão (São Paulo-SP)





"Minha expectativa quanto aos resultados da Conferência é positiva, é que a plenária final aprove propostas que venham resolver os problemas de saúde vividos pelo povo do Ceará. As maiores carências lá são o desemprego e a falta de higiene, que estão facilitando a chegada de doenças e atrapalhando a vida do cristão".

Francisco Júlio de Araújo (Sobral-CE)

equívocos:

- A NOB-93 teve vários avanços, mas o problema central da descentralização é a questão do dinheiro. Você não descentraliza fazendo com que o dinheiro diminua. Neste ano, está se investindo menos dinheiro do que se investia em 1995. Cresceu 300% a receita que alimenta a saúde de 94 a 99 e a despesa com saúde cresceu apenas 50%. Não acompanhou nem a inflação. O que está escamoteado atrás do processo desta recentralização punidora, se utilizando de afirmações como a que o município é incompetente e que todos os prefeitos roubam, generalizando-se as coisas, é o processo de reengolir o SUS e voltar ao Suds.

Para falar sobre as plenárias de saúde, o Movimento "SOS SUS" e o recente processo que assegurou o financiamento regular e permanente da saúde, a Deputada Federal Jandira Feghalli (PC do B-RJ) começou de maneira enfática:

- A primeira coisa que pecisa ser dita aqui é que esta conferência é deliberativa e por isso precisa ser cumprida todas as suas recomendações e deliberaçõres. Digo isso porque na retrospectiva da 8ª, 9ª e 10ª conferências, e aí cabe uma crítica aos governos, não foram cumpridas grande parte das deliberações aprovadas.

Para a deputada, houve uma grande evolução quando o texto constitucional "coloca que saúde não é um valor que possa depender de políticas de mercado, mas é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania e que por isso não pode ser tratada como mercadoria".

Na mesma linha de Gilson Carvalho, ela também acha essencial se discutir a questão da autonomia na gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde:

- Ao rever a experiência histórica do SUS, as plenárias de saúde e o Movimento SOS SUS, podemos dizer que estavam no centro a garantia das conquistas na regulamentação infra-constitucional, mas também a questão dos recursos da saúde. Precisávamos ter uma garantia constitucional que a vida das pessoas não estaria mais ao sabor das políticas pontuais desse ou daquele Governo. Hoje pelo menos garantimos a vinculação constitucional, que garante a responsabilidade da União, estados e municípios com o setor.

Mas apesar de reconhecer os avanços conquistados pelo SUS, ela coloca algumas preocupações:

- O primeiro grande desafio é responder de que forma vamos fortalecer a política de saúde dentro de uma realidade de aumento da demanda por saúde, balizada por questões concretas como o aumento da pobreza e da miserabilidade, o desemprego, a queda da massa salarial, questões que certamente aumentarão a busca pelo sistema de saúde. Ao mesmo tempo, há uma mudança nos municípios para onde o sistema está se descentralizando, com verdadeiras cidades ilegais, marginalizadas pelo crescimento desordenado e super-concentração demográfica. Nós teremos um aumento da demanda por essa marginalidade, pela violência

Jandira Feghalli

policial, narcotráfico, drogas, trazendo impacto direto e indireto no sistema de saúde. Para Jandira, só há uma forma de responder a este aumento da demanda por saúde, que é fortalecer o papel do Estado e os conceitos fundamentaois do SUS. Sobre isso, ela vê a possibilidade de graves retrocessos:

- Digo isso porque não é pela boa vontade do Ministro, dos técnicos do Ministério e dos gestores que depende a implantação do SUS. A questão é que o Estado está passando por transformações profundas, onde a perspectiva é a redução de seu papel. O Estado tem sido subjugado a uma política de *financeirização* do orçamento brasileiro. Os juros das dívidas externa e interna correspondem ao dobro dos gastos em saúde. Em nome do ajuste fiscal, o ministro Pedro Malan está descumprindo a recente Proposta de Emenda Constitucional aprovada pelo Congresso.

Ela disse que é muito difícil descentralizar pagando dez reais por habitante ano de Piso de Atenção Básica:

- Isso é uma afronta aos direitos humanos. Não dá para cumprir a descentralização com o teto financeiro do SUS em alguns municípios nos valores que estão. Reduziram-se 54 mil leitos entre 92 e 99, devido à falência dos hospitais do interior. E um dos aspectos fundamentais disso foi a falta de repasse, particularmente nos municípios pequenos. Hospitais universitários estão se abrindo para planos privados de saúde para terem sustentação financeira.

Ela também criticou ataques que estão sendo feitos ao modelo assistencial preconizado pelo SUS:

- Os critérios do SUS são acesso, eqüidade, integralidade e universalidade. Me preocupa que tenha se feito vista grossa ao fato de redes inteiras de hospitais, como na Bahia, estarem sendo repassadas a quem não tem competência para administrar. Se nós queremos fortalecer a atenção básica, priorizar programas de saúde da família e dos agentes comunitários, eles só serão portas de entrada estruturantes do SUS se tiverem uma articulação com a rede de maior complexidade. O que vemos hoje não é isso, mas uma estrutura paralela, com absoluta precarização das relações de trabalho, seja dos profissionais de saúde, seja dos agentes comunitários, que sequer estão regulamentados.

"Faltam recursos para investir em desenvolvimento de recursos humanos, o que dificulta a constituição e sustentação de equipes de trabalho que mantenham tais programas ao longo do tempo. A falta de humanização do atendimento também decorre da falta de recursos que possam sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores de saúde. Além disso, a lei de responsabilidade fiscal pode vir a estimular o menosprezo à responsabilidade social dos governos, justificando a limitação de gastos essenciais como a contratação de pessoal na área da saúde".

Avaliação do Controle Social

NÃO HÁ COMO SEPARAR PARTICIPAÇÃO DAS MUDANÇAS NO MODELO ECONÔMICO

• *Álvaro Nascimento*

A mesa que debateu o tema principal da 11ª Conferência, "Avaliação do Controle Social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde" - coordenada por Artur Custódio de Souza (Representante dos Portadores de Patologias do Conselho Nacional de Saúde), foi aberta pela Professora Laura Tavares, da UFRJ, com um alerta:

- A 11ª é um espaço de reflexão política, crítica e independente. O pensamento que sempre norteou o movimento sanitário é o de nunca desvincular a saúde da luta por uma sociedade mais justa e democrática. Portanto, o balanço do controle social não pode ser feito sem levar em conta o quadro de profundo agravamento da exclusão social provocado pelo projeto neoliberal que está sendo implantado no País.

Para ela, este projeto afasta a posssibilidade de se construir alternativas para o controle social, que superem a mera legitimação de interesses:

- Em nome de uma inevitável globalização e de uma supostamente necessária modernização estão sendo implementadas políticas que têm provocado graves conseqüências sociais e retrocessos que impossibilitam a construção de um aparato público e estatal de proteção social que efetivamente represente o que está escrito na Constituição como um dever do Estado.

Segundo ela, estes princípios têm sido desrespeitados e destruídos, através de sucessivas reformas constitucioinais e pelas políticas do Governo Federal:

- Desmontaram o Estado e os mecanismos de proteção social, configurando um projeto neoliberal cuja ideologia tornou-se perigosamente hegemônica por duas formas. A sistemática e massacrante imposição desta ideologia pelos meios de comunicação controlados pela elite do País e por mecanismos de cooptação e aliciamento de instituições e pesosas que aceitam até mesmo incorporar a inevitabilidade do consenso único, reconvertendo conceitos que antes eram bandeiras da Reforma Sanitária, como a descentralização, a municipalização e o controle social, criando panacéias como gestão moderna, publicização da saúde e saúde da família.

Laura Tavares vê com um olhar crítico "muitas das chamadas novas propostas, que nada mais são que uma recauchutagem de velhas idéias já superadas no passado, como assistência primária, saúde comunitária, a utilização de agentes da própria comunidade, todas elas criticadas pelo movimento da Reforma Sanitária, consideradas como alternativas pobres, com poucos recursos e baixa tecnologia utilizada para os pobres".

Em relação às transformações que passou o controle social em saúde e as possibilidades e limites da existência atual de um autêntico controle com autonomia e independência, ela é enfática:

- Estamos diante de uma realidade social e de saúde onde a superposição de antigos e novos problemas configura um quadro de enorme perversidade e complexidade. As causas de morbi-mortalidade da população brasileira estão cada vez mais determinadas pela crescente polarização entre ricos e pobres e pela ampliação da exclusão de setores sociais que não têm acesso a trabalho, bens e serviços públicos essenciais.

Para ela, a este quadro se agrega o desmonte do Estado, que leva a uma crescente *desresponsabilização* do Governo das suas atribuições:

- As políticas de ajuste fiscal têm trazido enormes limitações para todas as unidades da federação, particularmente os municípios, no que diz respeito às suas capacidades de intervenção e principalmente a capacidade para fazer frente às demandas sociais crescentes.

Laura Tavares afirma que as políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional quanto nos estados e municípios, caindo numa visão "focalista", onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente eficientes às necessidades da população, hoje reduzida ao termo comunidade:

- Retrocedemos a uma visão comunitária, onde pessoas e famílias passam a ser as responsáveis por sua saúde e bem estar. Atrás das estratégias auto-gestionárias e de participação comunitária, está o abandomo por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população.

Ela afirma que "não pode ser ignorado isto, sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocráticas para o setor saúde e na aceitação acrítica de programas federais autoritários, travestidos de inovadores".

O diagnóstico em que se baseia a Reforma do Estado assenta-se em falsas premissas e falsas soluções, segundo ela. "Um exemplo disso é a culpabilização dos funcionários públicos por uma série de problemas no aparelho do Estado, o que tem focalizado as propostas para reformas administrativas em cima do funcionalismo, precarizando suas condições de trabalho, baixando seus salários e tornando sua relação terceirizada".

- O movimento para solucionar o que tem sido chamado de distorções e desvios do Estado tem sido o

"Deve-se abrir um debate político público sobre as inconsistências entre o modelo econômico e a construção do SUS, buscando orientar um movimento por um novo modelo de desenvolvimento. E reestruturar o pagamento das dívidas externa e interna do País, garantindo a integralização dos recursos necessários para os orçamentos sociais, em particular o da saúde, redefinindo assim o montante possível de ser comprometido com as dívidas a cada ano. E repudiar a opção neoliberal da Política Econômica, reivindicando apoio às políticas públicas".

"É uma bela movimentação de pessoas, que vemos aqui. A realização da 11ª Conferência é um esforço considerável do Ministério da Saúde para de fato concretizar este sonho da participação social na realidade da saúde do País, no sentido de aperfeiçoar o sistema. O impacto de um evento como esse é muito grande, sobre todas as pessoas que participam dele, porque é uma injeção de ânimo, uma troca de experiência bastante rica e uma participação intensa, com todos se sentindo co-partícipes e responsáveis pelo destino da saúde. Esperamos que as propostas aqui aprovadas sejam realmente transformadas em políticas, em legislações e regulamentos que vão delinear um sistema de saúde cada vez mais próximo das necessidades da população"

Flávio Magajewski (Florianópolis-SC)

"Minha impressão é que a Conferência está sendo muito dirigida pelas idéias do Ministério da Saúde. Acho que os grupos estão se esforçando muito, tentando e conseguindo impor seus pensamentos, colocando ralmente as suas propostas. Nós estamos sendo muito cerceados no que diz respeito à liberdade de colocar nossas idéias. Mas a minha impressão é que os grupos de trabalho possam definir propostas sérias, porque o que o Governo tem feito é tentar colocar pra gente que nós vivemos num País que tem a saúde perfeita. Eles colocam números e a impressão que se dá é que são números reais, tentando transparecer através destes números uma realidade que não existe. O Ministério tem que procurar ser o menos tecnocrata possível, avaliando os efeitos reais de sua política e não números".

Eleuses Sarrafi (São Francisco-PA)

da privatização e da descentralização. E saúde não está imune a estas reformas, afirmou ela.

Para Laura Tavares, as agências autônomas e as organizações sociais, que operam os chamados serviços não exclusivos do Estado, partem do pressuposto que estes serviços seriam mais eficientemente realizados se, mantido o financiamento do Estado, fossem executados por um chamado setor público não estatal:

- Ninguém sabe exatamente o que significa este setor. Esta suposta autonomia financeira e administrativa pode implicar na sua total subordinação a interesses privados locais, comprometidos ou não com as chamadas organizações sociais.

Ela critica, também, o controle social sobre estas organizações, que se daria através de um Conselho de Administração:

- Estes conselhos certamente estarão comprometidos com os interesses privados. No caso dos serviços essenciais como hospitais, isso está provocando uma dualização da clientela, discriminando aqueles que podem dos que não podem pagar e uma discriminação dos serviços prestados de maior e menor qualidade, dependendo do poder de compra do usuário.

Ela registrou, entretanto, que em alguns estados essa estratégia tem sofrido resistência. E citou o Estado do Rio, "cujo Secretário teve a coragem de tornar público novamente os hospitais, revertendo a privatização naquele estado".

- Esta estratégia é imposta pelo Banco Mundial, que impõe uma cobrança supostamente seletiva ao usuário, que passa a pagar duplamente. Via impostos e diretamente quando é atendido. Elimina-se o princípio constitucional da universalidade, que assegura a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. E não venham querer me enrolar com programinhas básicos de combate à pobreza, onde a saúde está virando assistencialismo de má qualidade.

Segundo Laura Tavares, o Estado se transformou no agente patrocinador da privatização no campo social. Sob influência desta política, estimula ações delegatórias à sociedade, sobretudo para a parcela mais pobre:

- Consagra-se o discurso sobre virtudes do terceiro setor, incentiva-se atividades de voluntariado, promove-se iniciativas de filantropia empresarial, todas destinadas a substituir ou complementar responsabilidades que os governos recusam ou assumem parcialmente, discriminando e negando direitos. Temos hoje serviços ricos para ricos e serviços pobres para pobres.

Para ela, o modelo dos conselhos de saúde hoje se reproduz para uma infinidade de setores como educação, assistência social, habitação e idosos:

- Isso tem levado a uma fragmentação do controle social, que correesponde a uma estratégia de focalizar e fragmentar as políticas sociais, inviabilizando a participação daqueles que já levam uma vida dura, pela obrigação de participar de tanta reunião em tantas instâncias.

Gilson Cantarino

Para Laura Tavares, o controle social não tem se aperfeiçoado com a municipalização, pois os governos locais, quando não estão comprometidos com o projeto popular e democrático, têm se mostrado tão corruptos quanto os demais e imunes ao controle social, provando que o nível local nem sempre é mais puro democrático:

- A própria representação popular nos conselhos deve ser revista, no sentido de sua legitimidade como defensora dos interesses da população. Cabe discutir o papel dos conselhos na partilha das responsabilidades com os governos, que se isentam de seu dever. Os conselhos estão sendo responsabiliados por iniciativas que são de governo. Muitos conselhos estão sendo cooptados neste processo, transformando-se em meros instrumentos que referendam políticas já estabelecidas no que têm de mais substancial, restando-lhes decidir sobre coisas secundárias.

Para materializar sua crítica, ela perguntou:

- Que conselho neste País decidiu sobre as inúmeras restrições impostas a estados e municípios para o repasse dos recursos? Que conselho neste País decidiu sobre o montante realmente necessário para atender às necessidades de saúde da população? Ou todos estão de acordo que dez reais por habitante ano é suficiente para uma atenção básica de qualidade, resolutiva e integral para toda a população? Que conselho neste País elegeu o Pacs e o PSF como os únicos programas capazes de reverter o modelo assistencial? Foi uma opção autêntica ou uma imposição vinculada ao repasse de recursos?

Ela encerrou com propostas:

- Hoje já temos alternativas que vão muito além dos conselhos oficiais, como os modelos de orçamento participativo, conselhos populares ampliados que participam na decisão e controle das políticas sociais de forma integrada no seu território, como está sendo feito agora no Rio Grande do Sul, pois não existe saúde sem saneamento, sem educação, sem emprego, sem políticas públicas essenciais. A luta por um verdadeiro controle social passa pela luta por uma sociedade mais justa e pela eleição de governos que efetivamente tenham compromissos com a defesa dos interesses populares.

Para José Geraldo de Souza (Professor da

"Realizar Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, visando a organização do sistema e maior participação popular nas decisões acerca da política de vigilância sanitária e outras, bem como das formas de integração com a política de assistência farmacêutica. Garantir o controle da "fila única" de espera de órgãos, regulamentando a obrigatoriedade de encaminhamento regular, sistemático e detalhado dos relatórios das centrais de transplante aos conselhos de saúde, a fim de coibir privilégios nas listas de espera".

Universidade de Brasília), que discutiu o papel do Ministério Público, do Legislativo e do Poder Judiciário na garantia do acesso e na humanização da atenção à saúde, quando se realizou a 8ª Conferência e durante a Constituinte, a idéia da cidadania estava unificada à de participação, de garantia de um protagonismo para a sociedade que implicasse no exercício direto não só do poder político, mas da capacidade de deliberar sobre as tomadas de posição sobre os vários aspectos da vida social:

- Ali, resgatamos a idéia de que o povo pode ser protagonista de sua própria história, associando novamente o Estado e a sociedade, que estavam dissociados. O novo que surgiu da Constituição está na identificação de um protagonismo amplificado pela presença, na cena política, do povo organizado nos seus movimentos, sejam populares, sociais ou temáticos.

Segundo ele, o debate hoje é se a dimensão social deste controle e se o papel das instituições nesta experiência reafirmam ou não este protagonismo:

- A cidadania não reside mais na simples escolha de dirigentes pelo voto. Ela reside na possibilidade de colocar nos fóruns de decisões estes novos sujeitos.

Ele exemplificou o significado prático deste processo, citando o Movimento dos Sem Terra e dos Sem Teto:

- Quando o MST reivindica reforma agrária com uma outra estratégia para colocar o acesso à terra como um problema nacional, a sociedade se divide. Parte quer criminalizar o processo e parte o legitima. E as instituições exitam na medida em que se inserem no debate. Na medida da inserção das instituições no debate destas demandas da sociedade, o Judiciário, o Ministério Público, o Legislativo, os formadores de opinião, vão deslocando sua atitude, ora de uma posição criminalizadora, ora da posição legitimadora.

Ele citou um exemplo ocorrido em São Paulo, numa ação de reintegração de posse:

- Numa ação de reintegração de posse movida pelos proprietários de um terreno, o Tribunal decidiu que não era reivindicável a reintegração, porque uma favela seria similar a uma erosão natural. Assim, como uma erosão natural modifica a natureza do bem, uma erosão social modifica sua destinação. Logo, não seria mais reivindicável uma área cujos proprietários, por não terem atribuído a ela uma função social, perderam o direito em prol dos que reivindicavam o direito social à moradia. Neste caso, o direito à moradia não estava nas leis, mas no imaginário das populações excluídas, mas que acabaram inscrevendo esta demanda social no horizonte de sentidos de sua população.

Na visão de José Geraldo de Souza, "assim os direitos vão sendo inscritos no imaginário das pessoas, pela atuação deste protagonismo". Esta identidade com os movimentos da sociedade, segundo ele, transfere às instituições novos valores, reorientando sua atuação:

Para ele, a experiência brasileira gerou três vícios, que afetam a possibilidade de concretização dos direitos por meio das leis. O primeiro é o vício da não regulamentação. Ele citou as grandes promessas da civilização escritas na Constituição e nas leis orgânicas, inclusive na saúde, que não se implementam no jogo político dos interesses não conciliados, impondo a presença do movimento social para cobrar a responsabilidade dos que se recusam a cumprir sua função.

O segundo vício é a instrumentalização, com a produção de leis votadas para alcançar determinados fins que produzem fins diversos aos que as conceberam. Para combater este vício, é imprescindível que se tenha uma presença marcante do Estado:

- Mas não de qualquer Estado. Mas de um Estado que dialogue com os movimentos sociais, que não usurpe da sociedade suas atribuições, mas que as realize sob controle social. E que a sociedade também se reconstrua nos seus movimentos, para que cada um deles, se colocando como vanguarda das lutas sociais, não queira mais ser a vanguarda das lutas sociais e que coloquem as suas demandas lembrando que elas só se realizam no contexto de integração das demais demandas de todos os demais movimentos sociais. Talvez a experiência do movimento sanitário brasileiro e das conferências nacionais de saúde sejam o exemplo mais vivo no Brasil deste tipo de postura. A partir das demandas específicas da saúde, o movimento sanitário soube abrir uma pauta de interlocução com outros movimentos sociais. Ao reivindicar o direito à saúde, contribui para concretizar os demais direitos.

Gilson Cantarino (Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro) - que debateu as relações entre gestores, trabalhadores e o controle social no SUS - disse que é indiscutível a importância da existência de cinco mil conselhos de saúde no Brasil, independente da maior ou menor autonomia de cada um deles:

- A descentralização deu a oportunidade de se organizar um sistema municipal e possibilitar a pressão da sociedade na organização do sistema de saúde. Todos os eventos nacionais reunindo conselheiros de saúde mostram esta crescente participação, com plenárias com um número quase igual ao de delegados desta conferência. Isso mostra o potencial que temos de reflexão para tomada de decisão na esfera do SUS. Isso é um marco do sistema de saúde para o continente.

Por outro lado, Cantarinio vê duas questões importantes de serem analisadas. A primeira diz respeito aos trabalhadores de saúde - "não tenho dúvida de que este é o segmento mais fragilizado do SUS"- e a segunda ao controle social - "que sofre neste momento um risco estrutural de estagnação".

Para ele, a saúde não é um setor isolado da realidade do País, sofrendo todos os efeitos das políticas macro. E a saúde não pode prescindir da análise das políticas econômicas, de acesso a bens e serviços, das especificidades das lógicas dos serviços de saúde, do grau de organização e mobilização dos movimentos sociais e da representação de interesses:

"Há falta de capacitação de gestores e conselheiros e desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao judiciário e a outros mecanismos de exercício do controle social. Alguns conselhos carecem de legitimidade e outros apresentam irregularidades na sua composição; além de funcionarem de forma desarticulada com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos. Falta, ainda, infra-estrutura para o funcionamento dos Conselhos, assim como apoio técnico e administrativo para seu adequado funcionamento".

"O SUS na minha opinião é uma utopia. Para ser a realidade que nós brasileiros desejamos, precisamos fiscalizar e batalhar muito, pra não ficar só nesta fantasia. Precisa ser um SUS que atenda a todos e não aquele SUS que a gente sabe que tem vários problemas, como a falta de verba, de repasse, de recursos humanos, de medicamentos, falta de tudo. As autoridades deveriam passar um dia na fila do SUS para consulta médica, como nós usuários passamos, em vez de passar nos hospitais onde se consultam, e ficar na fila para atendimento médico e tomar o remédio que nós tomamos. E quando eles precisassem de algum encaminhamento, deveriam esperar na fila um ano, seis meses, como nós esperamos. Quem sabe, assim, eles não veriam o que é o SUS de verdade"?

Luciane Salles
(Marília-SP)

"Há muito tempo que o SUS vive uma triste realidade. Na verdade, as pessoas colocam que está se fazendo um controle social, mas este controle social não tem andado com as pernas que nós queríamos que ele andasse. Ele tem se arrastado cada vez mais e na verdade houve até um retrocesso. Nesta conferência, pelo menos no trabalho dos grupos, eu senti que os grupos estão sendo manipulados. O tema já vem pronto pra gente discutir. A gente não pode escolher o tema. Eu acho que deve haver um avanço porque eu estou sentindo que, por ser já a décima-primeira conferência, as pessoas já estão se conhecendo mais, chegando a idéias novas, se articulando mais. Eu acho que vai ser possível a gente dar um passo avante, pelo menos no que se refere à população e aos trabalhadores".

Roberto Francisco Pereira (Belo Horizonte-MG)

- A legislação atual, no que diz respeito a recursos humanos, não condiz com o próprio desenvolvimento do SUS. Ninguém pode imaginar que a Lei Camata surge do nada. Uma Lei que limita gasto com trabalhador. Ora, quem oferece saúde à população? Sou eu, sentado em meu ganinete? Ou é o trabalhador de saúde? E a Lei Camata limita qualquer tipo de investimento no trabalhador de saúde. Surge agora a Lei de Responsabilidade Fiscal, decantada como a lei da moralidade. Mas o que eu empenhei e não comprei em dezembro, está zerado.Tenho que começar tudo outra vez em janeiro. Não importa o que vai faltar para a população.

Na verdade, argumenta Cantarino, as legislações estão progressivamente cerceando o Estado em seu papel de prover as necessidades da população e isso aparece com muita clareza na questão da política de recursos humanos:

- O que temos verificado de burla ao texto constitucional na política de recursos humanos é algo impressionante. Eu dou o exemplo clássico da Secretaria Estadual do Rio, com oito mil trabalhadores informais alocados por cooperativas que não eram verdadeiras do ponto de vista do que é o cooperativismo, em hospitais terceirizados, sem nenhuma avaliação de qualidade, sem disputa igualitária de acesso a estes empregos e ganhando de três a quatro vezes mais o que ganhava o servidor público estadual. Este era o modelo neoliberal, um projeto piloto no Estado do Rio que poderia ter uma representação nacional. Felizmente a oposição ganhou o poder nas eleições e pudemos desmascarar a baixíssima qualidade deste modelo. Mas este modelo está se desenvolvendo em outros estados brasileiros.

Outra contradição identificada por ele reside na remuneração do trabalhador em saúde:

- Nós discutimos a função social do trabalhador, cobramos dele um bom atendimento à população e não aceitamos as greves prolongadas. Mas o salário pago ao trabalhador de saúde deste País é da maior indignidade em toda a história do sistema de saúde brasileiro. E se isso não for colocado com clareza, estaremos criando uma cortina de mentiras.

Em relação ao modelo assistencial, Cantarino se declarou defensor do modelo de saúde da família:

- Não um modelo padronizado, que não respeite as realidades locais, mas a minha história é de implantação do Programa Médico de Família com assessoria cubana em Niterói desde 1991. Mas o que assistimos hoje e temos que buscar soluções urgentes? Os profissionais dos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde não têm qualquer direito trabalhista, e isso ocorre por dentro do SUS, rompendo com a Constituição. Isso exige uma solução vinda do debate entre gestores, trabalhadores e usuários nas esferas de controle social.

Ele verifica uma tensão das relações entre o gestor e o trabalhador de saúde que não introjeta na discussão a função social de ambos e a relação com a população.

Cantarino analisa dez anos de implantação do SUS:

- Conseguimos implantar os conselhos, mas eles não gozam da autonomia necessária, são desrespeitados em seu dia-a-dia, não existe nenhuma lei que diga qual é o critério e a liberdade de ocupação do cargo de conselheiro e em muitas cidades brasileiras o conselho é algo cartorial, escolhido entre os amigos do Executivo, sem nenhum respeito ao movimento social.

Ele identifica quatro pontos críticos para o futuro do SUS.

- O primeiro é a globalização e seu efeito num País que não se protegeu para enfrentá-la e que paga os juros que paga da dívida externa. Este cenário vai ampliar a massa de excluídos no Brasil. É um quadro desenhado para todos os países que vão ter grupos sociais muito pobres e grupos sociais muito ricos, independente da pobreza e da riqueza destes países. E é dentro deste cenário que as relações entre gestores, trabalhadores e esferas de controle social irão se desenvolver.

A segunda questão são as restrições legais:

- Elas dizem respeito ao processo político que teremos pela frente, nas eleições, na escolha de nossos parlamentares, na escolha de nossos governantes, para o enfrentamento do que está montando como estratégia de minimização do papel do Estado, de estímulo às privatizações e às terceirizações.

A terceira diz respeito à política macro-econômica do Governo associada à globalização:

- Eu não vejo prioridade em políticas públicas sociais desde a ditadura militar até os dias atuais com a ditadura econômica monetarista deste modelo neoliberal. Estamos desenvolvendo o SUS, que é um texto constitucional de formação de uma sociedade mais solidária, numa realidade que nos coloca na contra mão do que é a própria política maior do País.

O quarto desafio é o da redução da desigualdade:

- Ela é conseqüência de todo este quadro e da implantação de políticas públicas que possam assegurar ao Estado a possibilidade de exercer o seu papel redistributivo.

Ao se referir às eleições municipais de 2000, Cantarino disse que "as urnas deram o recado. Só não ouviu quem não quis. Elas garantiram o crescimento da oposição no Brasil, garantiram o crescimento de um partido que não é o meu, mas é o que está mais identificado com o sentimento de mudanças neste País. E o recado das urnas aponta para a ética, para a moralidade na gestão dos recursos públicos, mostra insatisfação com a política monetarista, clama pelo fortalecimento do aparelho de Estado e por uma política desenvolvimentista que tenha como matriz o desenvolvimento humano".

Ele defendeu um pacto ético entre gestores e trabalhadores do SUS:

- Esta sintonia entre gestor e trabalhador, com controle social, é uma discussão que tem que estar na nossa agenda, tendo o usuário como sujeito do processo, para

"Falta autonomia aos Conselhos frente ao Executivo (...). São comuns os Conselhos Cartoriais, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, por deterem cargos no Executivo, comprometendo a autonomia política da representação (...). Os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso do poder. Falta, ainda, mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo e destes com a comunidade".

A mesa do debate sobre Avaliação do Controle Social

que a gente não corra o risco de, na tensão das nossas relações, excluir o usuário da busca de soluções.

Mônica Valente (representante da CUT), que falou sobre o controle social na perspectiva dos usuários, se mostrou surpresa "porque o relatório apresentado pelo Ministério da Saúde em relação à implantação do SUS não parece que trata do Brasil em que eu vivo, mas de outro País". Ela disse que não faz um balanço positivo da implantação do SUS:

- A política econômica do Governo, que desde 1994 privilegia o capital financeiro internacional, atinge em cheio a proposta que construímos desde a sétima conferência, passando pela Constituinte de 88. Se pensarmos que este Governo, segundo dados da própria Comissão de Orçamento do Conselho Nacional de Saúde, gasta por hora cerca de 10 milhões de dólares de juros e amortizações da dívida, num País onde 28,8% da população, segundo o IBGE, não têm acesso aos serviços regulares de saúde, não se pode fazer um balanço positivo do SUS nestes últimos anos.

Ela vê "desde o início do Governo FHC, um ataque a tudo que nós construímos enquanto direito à cidadania na área da saúde":

- O primeiro ataque foi a tentativa de retirar da Constituição Federal a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que não deu certo porque a opinião pública, a sociedade organizada, os movimentos sociais, sindicais e populares impediram este desastre. Por outro lado, nestes anos têm se implementado um processo não só de não deixar o SUS se implantar, mas onde ele consegue se implantar localmente, de se tentar comê-lo pelas beiradas, inviabilizando-o.

Mas Mônica cita alguns passos dados pelo SUS:

- Se há algo de positivo é a atuação de milhares de usuários, trabalhadores e algumas dezenas de gestores que têm se entrincheirado nos conselhos de saúde, nas plenárias de saúde, nas conferências de saúde e que estão, de fato, construindo o SUS.

Para ela, não há outra saída neste momento histórico do País a não ser avançar cada vez mais no controle social dentro do processo de implantação do SUS:

- O que temos acompanhado nas inúmeras cidades onde se busca implantar o SUS é que quanto menor o controle social, pior tem sido sua implantação. E não há controle social, logo não há SUS, se este controle não atingir os fundos e o orçamento da saúde. É um absurdo as autoridades virem aqui dizer que avança o controle social quando o orçamento da saúde para 2001 passa duas horas sendo discutido no Conselho Nacional de Saúde, um dia antes do Governo encaminhá-lo ao Congresso, com o representante do Governo presente dizendo que ele não está lá para debater, mas para informar qual será o orçamento que o Governo pretende mandar para o Congresso.

Segundo Mônica Valente, para se construir o SUS, os conselhos têm que efetivamente controlar o Fundo Nacional e os fundos de saúde em cada estado e município:

- Os conselhos devem receber relatórios, como já está na lei, trimestrais de todos os contratos, compras e auditorias, de tudo que é feito no sistema em âmbito local, seja em relação aos serviços próprios, seja em relação aos conveniados contratados. Defendemos um controle social que fortaleça os conselhos e assegure sua autonomia, prevendo orçamento próprio para seu funcionamento, com infra-estrutura técnica, jurídica, assessoria para fortalecer a ação do conselheiro no controle financeiro do fundo local de saúde, na discussão dos planos diretores de saúde, seja no âmbito municipal estadual ou federal.

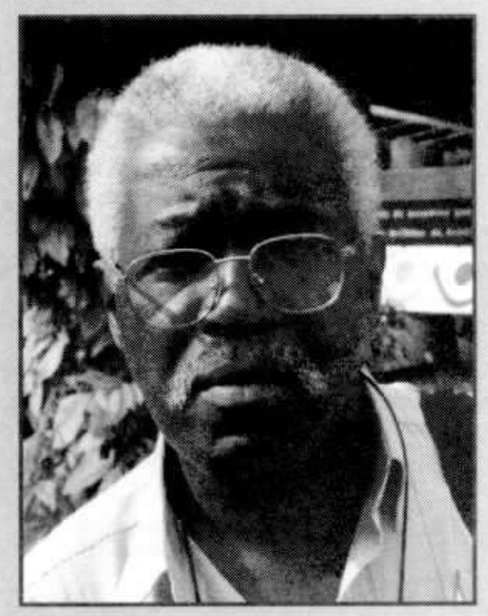
Ela defende que o modelo de controle social preveja que as presidências destes conselhos sejam eleitas democraticamente entre os seus membros:

- Não pode ocorrer o que está ocorrendo agora, com as propostas do movimento social sendo incorporadas entre aspas pelo Governo Federal e retraduzidas e resignificadas, fazendo com que tudo o que propomos, como por exemplo os conselhos democraticamente eleitos e funcionando com condições, sejam meras farsas e objetos de manipulação de chefes de executivos locais, estaduais ou mesmo nacional. Ou ainda de grupos de interesses particulares em cada município.

Ela frisa que só a democratização dos conselhos irá garantir a ética no trato da coisa pública e a inclusão:

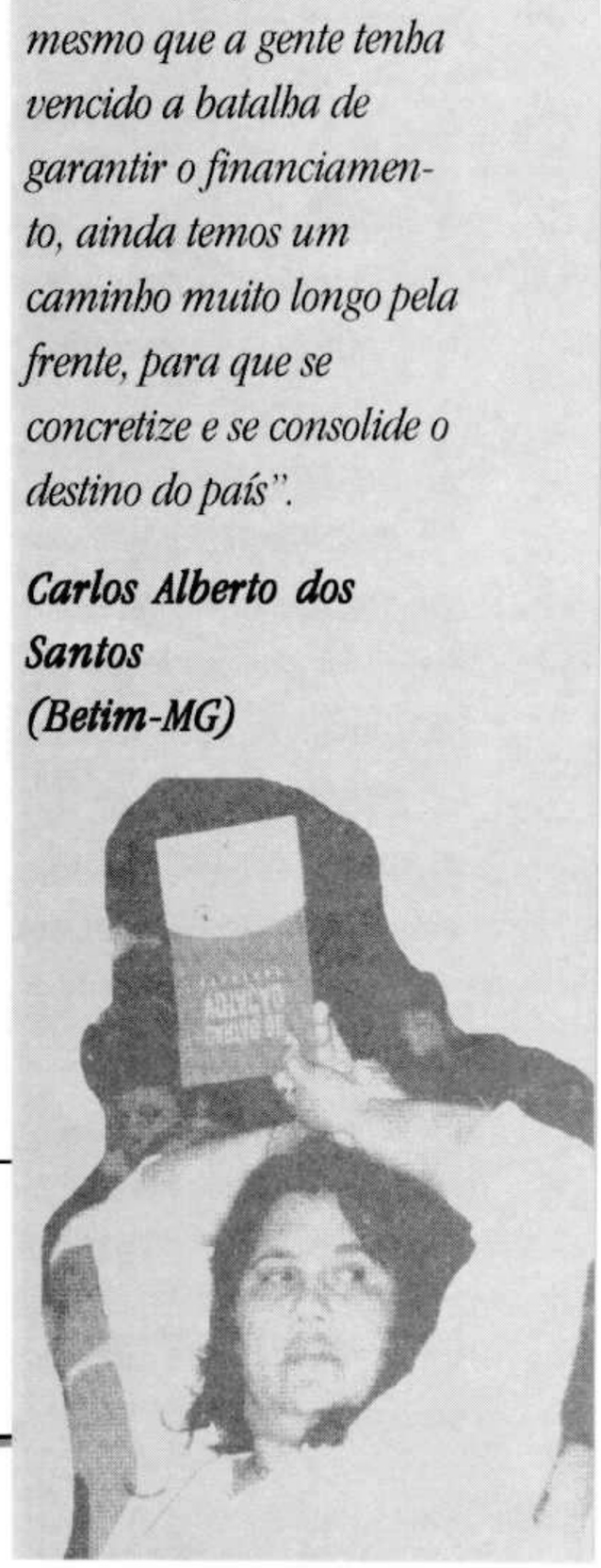
- Saiamos desta conferência com claríssimas diretrizes de luta para construirmos de fato o controle social, usando os instrumentos legais que já conseguimos conquistar ao longo destes anos, mas fundamentalmente construindo com mobilização o verdadeiro SUS que o povo brasileiro exige.

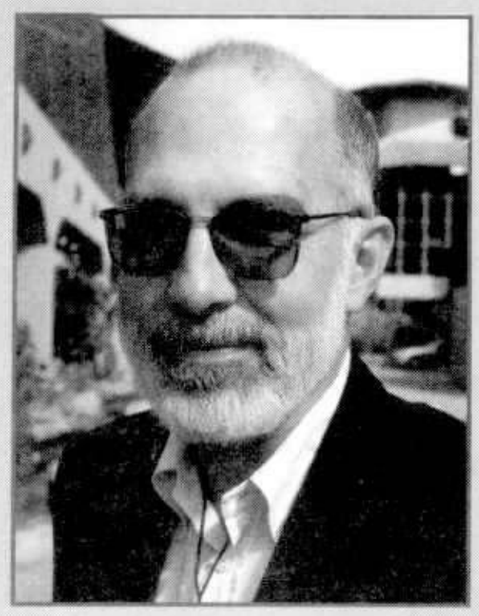
"Há falta de compromisso político de determinados gestores, com falta de responsabilidade e compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de controle social do SUS. Citam-se as experiências do PAS em São Paulo e a criação de "organizações sociais", desresponsabilizando o gestor público da prestação de serviços. E há o descumprimento do poder deliberativo das Conferências e dos Conselhos por parte dos gestores, transformando-os em instrumentos indicativos. Não há mecanismos de punição para o descumprimento das normas e leis do SUS".



"A Conferência começou um tanto quanto tumultuada, mas depois nos organizamos melhor, pra que pudéssemos de fato cumprir nosso papel de conselheiros. O objetivo é ter uma política de saúde pública em nosso país que venha a priorizar a atenção em todos os níveis, para o cidadão brasileiro. Infelizmente, mesmo que a gente tenha vencido a batalha de garantir o financiamento, ainda temos um caminho muito longo pela frente, para que se concretize e se consolide o destino do país".

Carlos Alberto dos Santos
(Betim-MG)





"Penso que esta Conferência terá um impacto importante em relação à humanização e ao acesso aos serviços de saúde, mas acho que as próximas conferências devem incorporar alguns temas importantes para o aprofundamento do SUS, como por exemplo a questão dos recursos humanos e dos próprios modelos assistenciais, que deveriam ser discutidos, talvez, em conferências prévias e que viessem a ser legitimadas pela Conferência Nacional. Os programas setoriais devem ser discutidos fundamentalmente a partir dos municípios, e deve-se fazer uma política de recursos humanos que reverta a condição de remuneração dos trabalhadores da área, e também que incorpore esses trabalhadores no esforço para garantir o direito à saúde de todos os brasileiros e brasileiras".

Eurípedes de Carvalho (São Paulo - SP)

RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

TRABALHADORES DA SAÚDE PEDEM APROVAÇÃO IMEDIATA DA NOB-RH

• ***CACO XAVIER***

"A emergência engoliu a rotina".

Esta frase diagnóstica, seca, dita por Conceição Aparecida Pereira Rezende, integrante da CIRH do Conselho Nacional de Saúde, é uma perfeita síntese do que pensam os participantes do painel sobre a questão dos recursos humanos. Ela apresentou os resultados de um trabalho realizado ao longo de três anos, com o envolvimento dos profissionais de RH, que detalha o processo de construção do documento NOB (Norma Operacional Básica) de RH, iniciado em 96, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde. "Este processo é totalmente ascendente, nasceu nas bases", ressalta. Conceição destaca alguns pontos mais problemáticos de relações de trabalho no SUS e na política de RH no país, identificados pela NOB:

- Não existem levantamentos de necessidade de pessoal; não se tem nem mesmo diagnósticos precisos acerca da força de trabalho nos três níveis; faltam concursos públicos e sobra improvisação em todos os níveis de gestão; falta responsabilidade dos gestores na relação com a terceirização; não há monitoramento da qualidade; falta estrutura de gestão do trabalho; não se tem planos de carreira na grande maioria dos estados e municípios, e os que existem não são adequados ao sistema de saúde; trabalhadores trabalham sem tecnologia, e outros trabalham com tecnologia mas sem capacitação; faltam discussões, há perseguições e métodos ilegais de demissão; falta discussão sobre as políticas de saúde do trabalhador. A lista é infindável.

Conceição estabelece, a partir de todas estas constatações, quatro eixos prioritários:

1. Definição de quem é a responsabilidade de responder a cada um dos problemas identificados. Para isso, leva-se em conta as três esferas de governo, responsabilizando-as pelos problemas existentes. Entre os mais urgentes estão: planos de carreira; gestão colegiada; acordos coletivos. É necessário pactuar uma política nacional de RH e também construir um banco de dados nacional (que compete ao Ministério da Saúde implementar, segundo ela).

2. Criação de um programa de educação permanente que inclua todos as categorias de profissionais de saúde, seja qual for o modelo.

3. Capacitação de gestores, que vem se mostrando falha.

Delegados votam sem hesitação

4. Discussão sobre a saúde ocupacional no SUS, bem como sobre controle social.

Conceição adverte que a terceira versão da NOB precisa ser um instrumento também dos usuários. Segundo ela, há ainda alguns pontos polêmicos, ocasionados pelo modelo que pressupõe o Estado mínimo, e onde a carreira de saúde ficou fora do elenco das carreiras estratégicas de governo.

A primeira polêmica, para ela, é regulamentar ou não a gestão de RH no SUS e suas relações. Deve-se atribuir valores ao trabalho de saúde ou precarizar essas relações de trabalho? A segunda polêmica diz respeito à NOB incluir ou não o setor privado, que tem legislação própria e autônoma. O terceiro ponto polêmico refere-se ao concurso público, pois ainda há divergências sobre a universalização da necessidade de realização de concursos. Por fim, há um ponto polêmico também em relação ao piso salarial da saúde, que se inicia pela escolaridade.

APROXIMAÇÃO COM AS UNIVERSIDADES

Para a assessora da Fundação Kellogs e Rede UNIDA, Laura Feuerwerker, a aceleração de mudanças na formação profissional e no contato mais estreito com as universidades impactaria grandemente a área de RH no SUS. Para isso, as próprias universidades devem refletir sobre seus métodos. Quanto às universidades públicas, segundo ela há uma forte pressão no

"O SUS tem princípios que, se aplicados, garantem o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços. Entretanto, os instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação do setor público não são adequados ao acompanhamento dos contratos do setor privado prestador de serviços, provocando desvios que se expressam em baixa efetividade em relação a estes objetivos. Assim, denuncia-se o atendimento discricionário de pacientes do SUS em relação aos que possuem planos de saúde dentro das instituições públicas".

APRESENTAÇÃO

11ª CONFERÊNCIA MOSTRA QUE MODELO DO SUS É BOM, MAS AINDA HÁ MUITO O QUE FAZER

• *ÁLVARO NASCIMENTO**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília de 15 a 19 de dezembro de 2000, pode ser considerada um marco na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O evento fez uma análise profunda não só do sistema de saúde, mas das conseqüências que o modelo econômico adotado no País tem trazido às áreas de maior impacto social.

Um resumo dos principais conceitos e valores que deram a tônica aos debates nos grupos de trabalho e na plenária final demonstra que o SUS representa um grande avanço como política pública no Brasil. Ele faz com que a saúde seja o único setor com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Maior prova disso é a criação de conselhos de saúde com participação da sociedade em praticamente todos os mais de cinco mil municípios do País.

Entretanto, os avanços que poderiam estar sendo patrocinados pelo SUS são dificultados pelo fato dele conter uma concepção de solidariedade social - representada por princípios como a universalidade de acesso, eqüidade e integralidade da atenção à saúde - que esbarra na atual política econômica do País, que caminha em direção oposta.

Os delegados vindos dos mais longínquos estados e municípios indicaram que o sucesso da implantação do SUS também é dificultado pela cultura política brasileira, marcada pelo autoritarismo, clientelismo e pela exclusão. A garantia de direitos e das conquistas sociais - já consagradas em leis e na própria Constituição - necessita de uma sociedade organizada de forma menos frágil, pois o resultado dessa realidade é a dificuldade de acesso ao SUS justamente pelos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da exclusão.

Os debates e deliberações constataram que, no Brasil das desigualdades sociais, perdura a visão de que as ações de saúde são uma concessão aos pobres e que os governos somente deveriam agir naquilo que não interessa ao setor privado, atuando para evitar que eclodam as epidemias.

As mesas redondas, os debates em plenário e principalmente os grupos de trabalho da 11ª Conferência mostraram a importância do SUS, mas deixaram claro que persistem velhos e novos problemas.

As conferências nacionais de saúde, realizadas a cada quatro anos, são importantes instrumentos de participação da sociedade organizada na elobaração das diretrizes da política nacional de saúde, com vistas a superar os problemas do setor. Elas reúnem gestores municipais, estaduais e federais do sistema de saúde, prestadores de serviço, formadores de recursos humanos, profissionais de saúde, confederações de empresários, comunidade científica, organizações religiosas e representantes de usuários do SUS, como os portadores de patologias e os movimentos sociais organizados, a exemplo dos sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos.

O tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde - "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social"- mostrou, por sua vez, que a questão da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde ainda está longe de ser a ideal. Para resgatar os princípios que nortearam a concepção de controle social do SUS, os delegados aprovaram propostas concretas para superar o problema.

Vale ressaltar que a realização da 11ª Conferência coincide com a posse de uma nova Presidência na Fundação Oswaldo Cruz, instituição centenária, reconhecida no Brasil e no exterior, historicamente ligada à defesa da saúde e que se orgulha de ter participado de forma ativa na construção do texto constitucional relativo à saúde.

Por se considerar uma instituição participante do SUS, a Fiocruz - que está formatando o seu Plano de Trabalho para os próximos quatro anos - já está levando em consideração as deliberações da 11ª Conferência como parâmetro para a sua atuação nas áreas da produção de medicamentos e imunobiológicos, assistência de referência, controle da qualidade, ensino, informação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

Por tudo isso, é com orgulho que apresentamos esta TEMA a nossos leitores. Éla é mais um instrumento de informação voltado para a construção de consciência, e defesa da cidadania, na busca de assegurar maior amplitude do debate no setor, no esforço que o Programa Radis desenvolve há 18 anos no sentido de reunir, analisar e difundir informações em saúde, que impactem e tragam melhorias concretas à performance no sistema de saúde brasileiro.

**** Coordenador, Editor e Redator do Programa Radis / Ensp / Fiocruz.***

Discurso do Ministro José Serra

"O MINISTÉRIO ESPERA AS CONTRIBUIÇÕES DESTE PLENÁRIO PARA DESENVOLVER SUAS FUTURAS POLÍTICAS"

Ao afirmar em seu discurso de abertura da 11ª Conferência que "o Ministério da Saúde e o Governo têm uma grande expectativa em relação a esta Conferência e será fundamental a contribuição deste plenário às futuras políticas do Ministério", o Ministro José Serra procurou se comprometer com a continuidade da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil:

- Desde o meu discurso de posse, rafirmei a importância e a constitucionalidade do SUS e o compromisso de reafirmá-lo, desenvolvê-lo e aprimorá-lo. Este é o norte de nosso trabalho no Ministério da Saúde.

Serra valorizou a 11ª Conferência e ressaltou a importância de seu temário:

- Esta conferência vai avaliar dez anos de implantação do SUS, seu funcionamento, as responsabilidades dos municípios, estados e da União, os nossos modelos de gestão, enfim a justiça social na área da saúde.

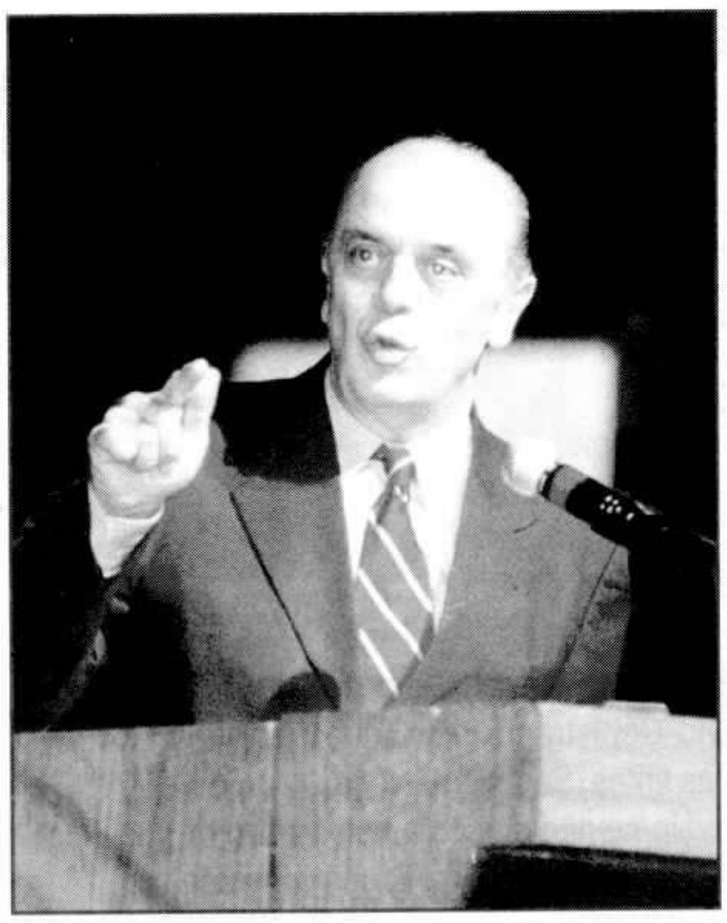
E fez um resumo da atuação do Ministério da Saúde como órgão nacional de coordenação do SUS:

- Nossa atuação tem sido a de enfrentar todas as lutas que se apresentam, como a da atenção básica, até o enfrentamento da indústria de medicamentos, na questão dos preços abusivos destes produtos essenciais para a população.

Segundo o Ministro, "nossa perspectiva é que temos que lutar por uma saúde justa não só para acrescentar anos à vida das pessoas, mas também qualidade de vida a estes anos, para que esta mesma população viva melhor".

José Serra falou do processo de descentralização e dos programas mais importantes do Ministério:

- Estamos realizando a descentralização na prática, desenvolvendo os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde na Família, que com a posse dos novos prefeitos poderão ter um grande estímulo. Também implementamos o Programa Farmácia Básica, estimulamos os laboratórios oficiais para distribuição gratuita de medicamentos, pois grande parte da população não tem recursos sequer para comprar o medicamento barato, sendo a produção pública a única saída para estas pessoas.



Para o Ministro da Saúde José Serra, o lado dominante do SUS é o positivo.

Serra ressaltou que esta política levou "ao barateamento dos medicamentos da Aids, com ecomomia de até 70%". Ele ainda citou o combate às carências nutricionais presentes em cinco mil municípios e o combate às endemias como iniciativas importantes do Ministério, "multiplicando as ações de formas descentralizada".

O Ministro lembrou que "com a votação do Senado aprovando o projeto que permite zerar os impostos federais sobre medicamentos, completamos oito projetos de grande alcance para a saúde tranformados em lei em três anos".

E listou cada um deles:

- Estes projetos dizem respeito à punição mais severa para fraudes em medicamentos, à regulamentação dos planos de saúde para impedir abusos, o de medicamentos genéricos apresentado pelo Deputado Eduardo Jorge, o que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária com autonomia e o da Agência Nacional de Saúde Complementar para regular a atuação destes planos. Além disso, vinculamos os recursos da saúde nas três esferas de Governo, através da emenda constitucional 169, e esperamos que até 2004 aprovemos uma nova lei que assegure recursos definitivos para o setor

Serra citou, ainda, a lei aprovada pela Câmara que proíbe a propaganda de cigarros - "luta que está apenas começando" - e a desoneração tributária da cesta básica de medicamentos, relativa ao PIS e Cofins:

- Talvez nunca na história a legislação tenha sido tão modificada e para melhor. Isso não foi obra minha ou do Ministério, mas de todo o setor saúde e de muitos parlamentares. Estas oito leis contaram com apoio da oposição ao Governo em todos os momentos. Uma moçada boa de briga, competente e de muito espírito público.

Serra encerrou dizendo que "ainda temos muito o que fazer, mas temos que nos orgulhar do trabalho que estamos fazendo no SUS, no sentido de consolidá-lo":

- Setores da elite sempre têm perspectiva exterminadora em relação aos serviços sociais. A ótica dificilmenmte é aprimorar, mas extingüir. Na saúde, nós estamos conseguindo impedir isso através do SUS. O lado dominante do SUS é o positivo.

dronização de medicamentos para uso na rede, com os municípios tendo dificuldade para definir o que comprar, como, quanto e onde. Segundo Guedes, também o antigo sistema de compras centralizadas no Ministério da Saúde trazia problemas, pois as aquisições não seguiam a lógica do perfil epidemiológico das populações:

- Era muito freqüente a remessa de carretas de medicamentos nem sempre solicitados, alguns desnecessários, em quantidades absurdas e freqüentemente com curto prazo de validade, gerando desperdício de dinheiro público e desabastecimento.

Da esq. para a dir. Clair Castilhos, Ronaldo Gazolla, Gonzalo Vecina Neto, Jorge Bermudez e José Guedes.

Guedes identificou também distorções no papel da Furp (Fundação para o Remédio Popular), laboratório produtor do Estado que nos anos anteriores a 1995 ao invés de ser um fabricante, foi utilizado como mero entreposto, comprando e revendendo medicamentos.

Para enfrentar esta série de problemas, a Secretaria definiu três objetivos prioritários: garantir a dispensação de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, produzir estes medicamentos na FURP e assegurar o acesso da população a medicamentos em quantidade e com qualidade.

Para executar o Dose Certa, foi necessário investir em recursos humanos para garantir a existência de massa crítica de técnicos que tivessem acumulado reflexões sobre política de medicamentos. Foi elaborada uma lista de medicamentos (com consulta aos municípios), consolidada por sua denominação genérica, buscou-se apoio técnico-científico na Sétima Lista de Medicamentos Essenciais da OMS e selecionou-se os medicamentos produzidos pela FURP. Guedes explica:

- Iniciamos com 38 produtos e hoje trabalhamos com 41. Implementamos o Sistema de Acompanhamento, que desde 1995 controlou e encaminhou reposições trimestrais de medicamentos, garantindo 100% do consumo e mantendo 20% de estoque de segurança, evitando desperdícios. Já avançamos para um novo Sistema de Gerenciamento dos Programas de Assistência Farmacêutica, que utiliza a Internet como meio de transmissão, permitindo integrar *on line* municípios, Regionais de Saúde, Coordenadorias e FURP, diminuindo o tempo entre o pedido e o envio do medicamento. O Sistema fornece relatórios gerenciais em todos os níveis hierárquicos, desde uma Unidade Básica até o nível central da Secretaria.

Em 1998, foram gastos R$ 30 milhões e assegurado o atendimento regular aos 624 municípios do Estado de São Paulo com até 250 mil habitantes durante todo o ano.

Hoje, o Dose Certa possui 41 medicamentos padronizados (todos produzidos pela FURP), atendendo às patologias de maior freqüência e com entrega regular e pontual aos 645 municípios, inclusive às 220 unidades próprias na capital, totalizando 865 pontos de entrega.

Mais dados sobre o programa:

www.farma.saude.sp.gov.br

REGISTRO DE PREÇOS

Ronaldo Gazolla (então Secretário de Saúde do Rio), demonstrou as vantagens do "Sistema de Compras Programadas de Medicamentos Utilizando o Sistema de Registro de Preços" (SRP). Entre suas vantagens, ele lista a transparência do processo licitatório; a participação de empresas do Brasil e exterior ("onde grandes e pequenas concorrem em igualdade de condições"); os reduzidos preços ofertados; a redução no custo dos transportes; o fim dos super estoques; a agilidade na reposição dos estoques e a redução do número de licitações.

O projeto foi iniciado em 1991, quando foi definido que as unidades de saúde não poderiam prescindir de pleno abastecimento de medicamentos para atendimento aos pacientes internados e também das unidades básicas de saúde. Para que fosse implementada a nova metodologia de planejamento, aquisição, distribuição e controle, foram convocados diversos segmentos do setor saúde, que definiram com a Secretaria uma proposta de edital que permitiu sua operacionalização.

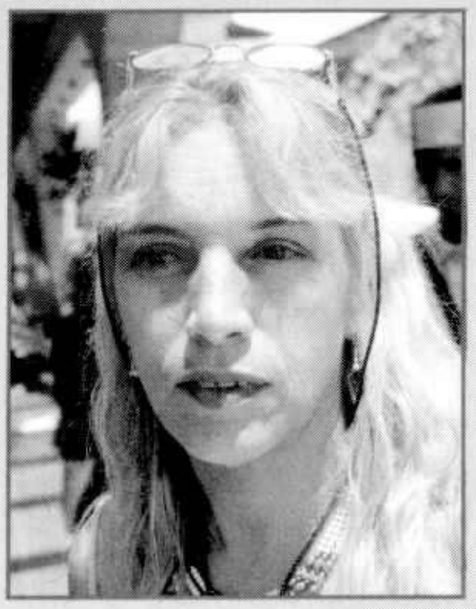
Em dez anos, o sistema evoluiu e hoje abastece 128 unidades de saúde, padronizou 535 sais, movimenta 300 milhões de unidades/ano e cadastrou 300 empresas, permitindo o atendimento de 1 milhão 250 mil pacientes por mês. Gazolla explica:

- Quando analisamos a Lei 8666, no seu art. 14, verificamos que o legislador sinalizava que preferencialmente as compras deveriam ser realizadas para

"A prática política do Legislativo revela uma tendência de utilizar a saúde de modo clientelista ou em momentos eleitorais, não direcionando sua ação para o fortalecimento do SUS. (...) O Ministério Público carece de estrutura técnica para atuar na questão saúde, apesar de ser uma área de Relevância Pública (Art. 197 da Constituição). Particularmente em municípios pequenos, o Promotor Público vê-se obrigado a atuar em diversas frentes, o que, aliado à grande rotatividade deste profissional, impossibilita a consolidação de um maior conhecimento em saúde".

"A Conferência é um momento de grande reflexão e união, para conseguirmos fazer valer e realizar o SUS. Pra mim, a única coisa que falta, realmente, para que as decisões das Conferências tenham impacto no SUS, e para que o próprio SUS impacte a sociedade é vontade política. A pressão do povo, nos encontros, e a necessidade do dia a dia mostram que só falta isso: vontade política".

Leci Oliveira Gonçalves (Porto Alegre -RS)



"Até agora, quando já estamos na metade da plenária final, ainda não tive minha expectativa realizada. Acho que tudo foi mal. A Conferência foi fraca, com temas muito direcionados, sabe? A própria leitura do Regimento Interno já acabou com a Conferência. Ninguém leu, ninguém falou nada. Tá faltando espaço pra críticas, e pelo visto não vai dar tempo . Fizeram tudo em cima. Os municípios e os estados tiveram muito pouco tempo pra fazer suas conferências, e isso também prejudicou um pouco a Nacional. Mas eu acho que a questão de mudança dos governos atrapalhou ainda mais. É triste ver todas as propostas serem desconsideradas. Falta vontade política de tudo: governos federal, estaduais, municipais. É preciso fazer uma Conferência só enfocando controle social".

Nélida de Oliveira (Lavras - MG)

insumos que tivessem aquisições freqüentes, entregas parceladas e que se destinassem a mais de uma unidade ou órgão. Este perfil foi rapidamente identificado para a aquisição de medicamentos, pois existiam na Rede Municipal 120 Unidades, atendendo várias especialidades, sem farmácias com capacidade de armazenar grandes volumes de material.

Modernas técnicas gerenciais de administração, como a curva ABC (para controle das despesas), sistema MRP (para identificar tendências) e *Just in Time* (para controlar os estoques de forma a evitar compras exageradas ou desabastecimento) foram implementadas, com o objetivo de atender, dentro da realidade orçamentária e financeira, a maior quantidade de pacientes com medicamentos de qualidade e sem descontinuidade.

As premissas básicas para a implantação do Sistema foram a definição da especialidade do atendimento, a padronização dos sais, a definição de Protocolos de Tratamento, estimar com segurança quantidades para aquisição periódica, dar publicidade e atrair empresas, criar rotina específica para pagamento, automatizar ao máximo os controles, adequar o processo licitatório à legislação (concorrência pública tipo menor preço), criar uma relação de parceria com os fornecedores, ajustar as compras à realidade orcamentária (projetando despesas a médio e longo prazo) e efetuar a reserva orçamentária a cada período de fornecimento (bimestralmente). As características do Edital utilizado podem ser acessados no *site* www.rio.rj.gov.br/sms

- Os laboratórios farmacêuticos oficiais passaram por um longo e planejado processo de sucateamento, que incluiu o achatamento salarial de profissionais. Os recursos do BNDES estariam melhor aplicados nestes laboratórios e não no financiamento de empresas estrangeiras que compraram nossas estatais. Infelizmente, o candidato a Presidente da República no Brasil primeiro negocia com o FMI sua políitca de Governo e depois adapta a Constituição do País ao acordo que realizou. As afirmações são de Clair Castilhos Coelho (da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e da Comissão de Orçamento do Conselho Nacional de Saúde). Ela juntou duas histórias para discutir o uso do medicamento no Brasil e o papel da mulher na saúde:

- Quando os invasores portugueses, auto-denominados descobridores, chegaram ao Brasil em 1500, traziam consigo uma caixinha de folhas de flandres, repleta de pós, ungüentos e tinturas denominada botica. A partir daí começou esta intrincada história do medicamento no Brasil. Por outro lado, as mulheres, que há milhares de anos viviam restritas ao interior de seus lares e cabia-lhes principalmente o cuidado dos doentes, a educação das crianças, a manipulação dos alimentos, a realização dos partos, o cuidado dos maridos, entre outras coisas, começaram a observar a natureza, conhecer as plantas, fazer chás, emplastros, ungüentos e curativos.

Segundo ela, as mulheres são responsáveis por várias descobertas no campo científico:

- Na idade média e durante alguns séculos, a descoberta destes efeitos terapêuticos nos custou a morte nas fogueiras sob acusação de bruxaria.

Ela denuncia que "com o passar do tempo, a opressão cultural, religiosa e a exploração capitalista nos oferecem o seguinte quadro de horror: expropriação do corpo da mulher, a opressão à sexualidade, a normatização da reprodução, a medicalização e a desumanização do atendimento".

Ao citar números, Clair Castilhos demonstra que as mulheres são as principais usuárias do SUS:

- Em 1999, consumimos 62% das internações hospitalares, proporção que se eleva para 75% na idade reprodutiva. Somos as principais consumidoras de medicamentos. Alguns são necessários, mas constantemente somos vítimas da empurroterapia e do descaso com que são tratadas nossas queixas, em geral transformadas em receitas de antidepressivos. As mulheres consomem dois terços dos medicamentos controlados. Somos, ainda, as principais cuidadoras, atendemos os doentes de nossas casas, ministramos a medicação, freqüentamos os centros de saúde levando nossos filhos e somos o maior contingente de servidores de saúde, em quase todos as categorias de profissionais. Nosso papel é estratégico dentro do SUS.

Para Clair Castilhos, as mulheres têm o corpo extremamente medicalizado. Ela arrancou aplusos e risos da platéia ao citar alguns tratamentos:

- São medicamentos para a tensão pré-menstrual, hormônios para repor o desgaste que o tempo e o trabalho nos impuseram, tratamentos para engravidar, pílulas implantes e injeções para não engravidar, (de cada 10 métodos contraceptivos, 8 são destinados ao corpo da mulher), psicotrópicos para corrigir nossos humores, anoréxicos para atender à ditadura da moda, vitaminas para cabelo e unhas, beta-carotenos para bronzeamento, estimulantes para ter sempre vitalidade e muito, muito trabalho, para consumir tudo isso.

Ela defende uma ampla discussão envolvendo sociedade civil organizada, parlamento, Judiciário e Governo no sentido de se impor limites e traçar uma política para o setor. E propôs a convocação de uma Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, "para que todos os sujeitos envolvidos discutam o quadro de mundialização do capital, seu impacto na questão do medicamento e as políticas públicas a serem implementadas no setor".

Para ela, temas como a atuação da indústria farmacêutica, situação econômica do SUS, os escândalos que levaram à criação da CPI de medicamentos, a reação do Governo, do Conselho Nacional de Saúde e da sociedade ao problema, a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a revisão de registros e a Relação Nacional de Medicamentos precisam ser urgentemente debatidos num fórum nacional amplo e democrático.

"Tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde e dos poderes constituídos, em termos de seus princípios, diretrizes, programas, metas, dificuldades e recursos, entre outras coisas. Nas questões de saúde, superar a visão restrita à assistência, de forma que a prevenção e promoção incorporem o significado da saúde como um valor humano, num processo civilizatório, e revalorizar o conceito de seguridade social, preservando o SUS como seu componente".

SUS: REVENDO A TRAJETÓRIA

OS AVANÇOS E RETROCESSOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

O processo de construção da Reforma Sanitária no Brasil é o da fixação e concretização de valores, centrados na solidariedade, na ética e na democracia. Este é o resumo da mesa que abriu a 11ª Conferência, "SUS - Revendo a Trajetória"- que fez um balanço histórico da implantação do SUS no País. Coordenada por Márcio Almeida, ela foi aberta por Sérgio Arouca (Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ex-Presidente da Fiocruz, ex-Deputado Federal e atual Secretário Municipal de Saúde do Rio), que identificou os vários valores que sempre nortearan o movimento:

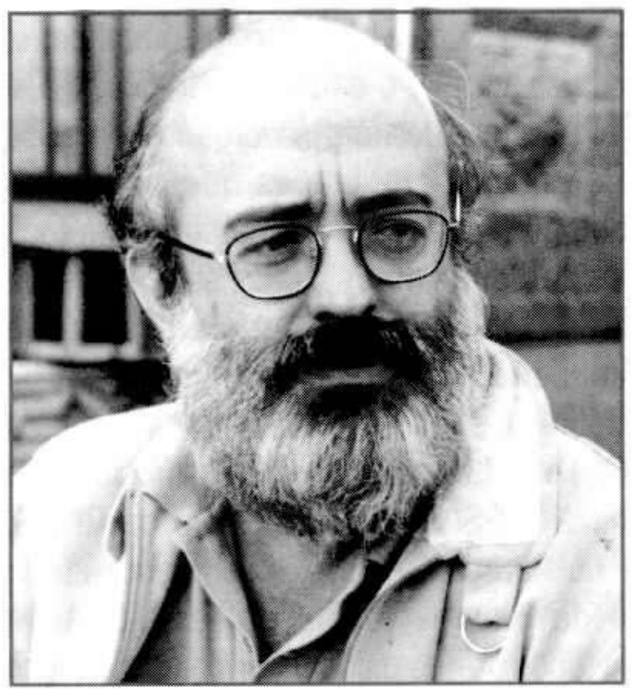
- Ainda durante a ditadura militar, o Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao Cebes e à Abrasco, formalizou o documento "Saúde e Democracia", apresentado no Simpósio sobre saúde da Câmara dos Deputados. Debaixo do autoritarismo, da opressão, da violência que atentava contra os princípios da vida humana, apresentamos um documento onde a saúde não era vista como a simples assistência médica. Ali começamos a lutar pelo valor da liberdade. Foi o primeiro marco que não podemos esquecer. O movimento sanitário brasileiro não nasceu de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasceu marcado pela defesa de valores, assumindo a luta pela democracia.

Ele lembra que a realização da 8ª Conferência foi um momento de síntese:

- Não havia nenhuma proposta de continuidade, mas de ruptura. A saúde enquanto projeto pode ser demarcada entre antes e depois da oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia direta.

Segundo Arouca, o desafio era fazer com que as associações de moradores, sindicatos, igrejas, clubes de serviço, participassem de uma reforma democrática do Estado brasileiro, de perfil centralizado e autoritário:

- A oitava conferência rompe com este Estado e promove reuniões desde os municípios, que se consolidam nos estados, com ampla participação da população, que elege delegados à conferência nacional, clamando por uma reforma democrática do Estado. A saúde rompeu, ainda, com o muro da vergonha que separava medicina preventiva da assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva. E a oitava se colocou a pergunta se o Inamps, que prestava assistência aos trabalhadores, deveria ou não ser transferido para o Ministério da Saúde. Como respondê-la? A partir de um Estado centralizado, de cima para baixo, de forma autoritária, com debates técnicos? Ou tendo a coragem de gerar um movimento de baixo para cima, para que o projeto de sistema de saúde nascesse da sociedade e não em gabinetes?



Sérgio Arouca

Para ele, foi um momento inédito, onde os próprios trabalhadores do Inamps representados na Conferência votaram pela extinção do órgão, abrindo mão de uma postura corporativa em prol de um projeto para o País:

- Estava se colocando um novo valor, que considerava que a reforma do Estado brasileiro deveria ser feita a partir da sociedade.

O movimento da reforma sanitária entendeu, ainda segundo Arouca, a importância do processo constituinte:

- O texto da saúde da Constituição nasceu de uma emenda popular e disso não podemos nos esquecer. Emenda que assegura que a saúde é um direito de todos, que o Estado deve garanti-lo e se coloca, de novo, um valor no debate, quando conseguimos construir princípios para nortear o SUS, que eram os princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Defendíamos o valor da universalização de direitos, onde todo cidadão teria direito à saúde, o valor de que a saúde deve ser vista de forma integral, que era um princípio de como se entende o ser humano, que não é uma úlcera ou um enfarte, mas tem nome e sobrenome, tem família, tem seu trabalho, tem dor, tem medo. E colocamos um novo valor, que desta vez veio na contramão do desenvolvimento científico que desumaniza e que não enxerga princípios humanistas do indivíduo e da comunidade. Um conjunto de valores traduzidos como liberdade, democracia, universalização de direitos,

"As restrições ao orçamento da saúde são inexplicáveis. O Conselho Nacional de Saúde aponta que a arrecadação da União cresceu 80% entre 1995 e 1999. Se a proporcionalidade de distribuição das receitas tivesse sido mantida, o orçamento da saúde teria chegado a R$ 38 bilhões em 2000, ao invés dos R$ 22 bilhões observados. Isso não ocorre porque 44% do orçamento da União é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida externa. O Governo Federal tem reduzido a utilização na saúde dos recursos das contribuições sociais".

Fala, delegado!

(CONTINUAÇÃO)

Foi aproveitando esse pensamento-sujeito e também essas faces-logomarcas (intenção de decidida humanização e 'subjetivação' dos organismos orientadores das políticas de saúde pública do Brasil), que decidimos emprestar uma voz a esses rostos. Como as faces, as vozes são também variadas, significativas e marcantes. Em todas as páginas dessa Tema, nestas bordas, você encontrará depoimentos de delegados da Conferência, vindos de vários estados e representando várias instituições e instâncias da sociedade civil organizada. Se você já viu os rostos desses 'sujeitos' da saúde, que tal agora ouvir o que eles têm a dizer?

Caco Xavier

política liberal, implantada a partir de 1990 com o Governo Collor", quando se começa a tentar reverter as conquistas obtidas na oitava, na CNRS e consagradas no texto constitucional:

- Não foi uma, duas ou três vezes que estas tentativas foram feitas e diga-se de passagem que elas continuaram em anos subseqüentes, de tentar desfazer o que havia sido consagrado pela sociedade brasileira no embate político do texto constitucional.

Por isso, segundo ele, a Lei Orgânica da Saúde, composta na verdade por duas leis, a 8.080 e a 8.142, são conquistadas no final de 1990, dois anos depois da promulgação da Constitiuição:

- Em novo esforço de negociação, baseado numa representatividade e legitimidade alcançadas pelo movimento sanitário, que propugnava idéias que prevaleciam na sociedade brasileira, conseguimos avançar um pouco mais. Apenas duas questões não foram contempladas na Lei 8.080, que eram questões fechadas para o Governo Collor e diziam respeito ao financiamento do SUS, com repasse direto fundo a fundo, e a que dizia respeito à participação da sociedade no exercício do controle social. Os vetos presidenciais estão identificados na lei, mostrando claramente que estes eram campos intocáveis. E mais uma vez o ensinamento foi o da necessidade de continuar a lutar, reorganizar nossas forças, ir para o embate, para finalmente conquistar, no dia 28 de dezembro de 1990, a Lei 8.142, que dispõe sobre a questão do repasse financeiro e sobre a participação da comunidade.

Arlindo concluiu afirmando que "se a oitava é fundamental na marca do que temos hoje aqui na 11ª Conferência, com a participação da sociedade como um todo, é importante termos claro que foi na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na Constituinte e nas leis 8.080 e 8.142 que se dá o fortalecimento do exercício do controle social por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde".

Para historiar os embates pela descentralização, a extinção do Inamps e a NOB 93, Gilson Carvalho (ex-Secretário de Saúde de São José dos Campos - SP) lembrou que se as conferências nacionais são sempre "um banquete de democracia, este processo descentralizatório que defendemos como meio de se conseguir mais eficiência e eficácia é um princípio constitucional, que vem da primeira frase da Constituição, que diz que todo poder emana do povo, que o exerce diretamente ou através de seus representantes eleitos".

Ele lembrou, ainda, o artigo 18 da Constituição, que fala da organização político-administrativa do País, dizendo que existe autonomia entre as três esferas de Governo, numa República Federativa, e o artigo 30, que diz que as ações de saúde deverão ser desempenhadas pelos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados.

Para ele, quando se discute descentralização, está se respeitando um preceito constitiucional. Particularmente em relação ao artigo 194 da Carta, que trata da seguridade, ele frisa que a definição é clara, quando diz que a gestão da seguridade, que inclui saúde, previdência e assitência, será feita dentro de um princípio de descentralização, com gestão única em cada esfera de governo:

- E aí temos que fazer uma grande diferença entre a descentralização e a desconcentração. A descentralização que é preceito constitucional inclui competências, meios e poder decisório para que aquelas competências sejam executadas. Já a desconcentração, característica de estados centralizados, se dá quando você está no município ou no estado apenas cumprindo ordens do governo central. E esta diferença é a que hoje impede que se tenha a implantação definitiva do SUS. A descentralização é fazer com que o poder de decisão esteja perto de quem tenha a competência de fazer o sistema funcionar.

Segundo Gilson, a NOB-93, concebida sob a égide da frase "a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", fez uma opção, de que a implantação do SUS tem que se dar por um processo e que isso tem que ser negociado:

- A história da descentralização no Brasil sempre passou por uma descentralização muitas vezes mal programada, seguida da recentralização punidora. Para evitar que isso acontecesse, a NOB partiu da idéia de negociação e criou a Tripartite, com a reunião da instância federal, estadual e municipal para discutir a operacionalização do processo. E nos estados, criou a comissão intergestores bipartite, que era a mesa em que estados e municípios discutiam questões regionais. Em agosto de 94, a NOB teve impulso com o Decreto de passagem fundo a fundo, em novembro os primeiros municípios entraram em gestão semi-plena e de janeiro a maio de 95, muda-se o Governo, teve um freio neste processo, e de maio de 95 até a NOB 96 estamos avançando aos poucos.

Para ele, "após a NOB-93 estamos num movimento de recentralização do SUS":

- Hoje temos transferência de obrigações para estados e municípios com recentralização, pois o poder e o dinheiro estão no nível da União. Você descentraliza a obrigação, mas recentraliza o dinheiro que determina o que será feito. Este é o grande embaraço.

Ele exemplifica a afirmação:

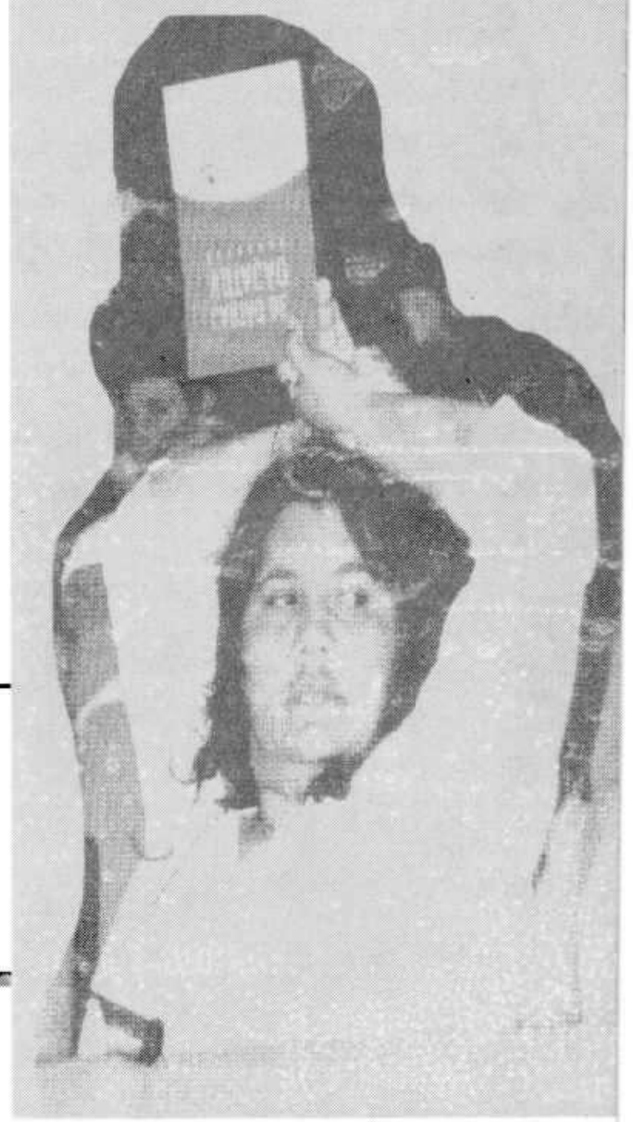
- São 22 maneiras de se repassar recursos hoje para estados e municípios. Há 22 caixinhas. Não há processo de descentralização que agüente esta decisão verticalizada do que eu vou fazer no meu município. Estamos fazendo a antítese da descentralização. Recentemente, o Tribunal de Contas da União reeditou, a pedido do Ministério da Saúde, normas de como gastar dinheiro, voltando à época do Suds, quando já há trânsito em julgado permitindo que este dinheiro seja utilizado dentro do SUS para qualquer tipo de despesa, que é o que o gestor local precisa.

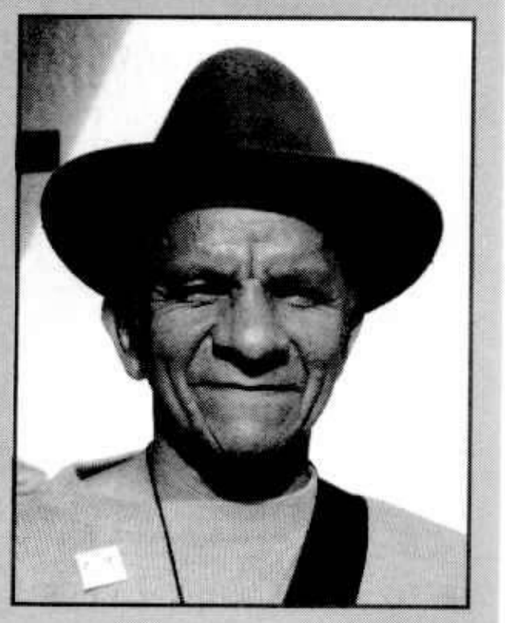
Ele concluiu alertando que este projeto tem vários

"Os mecanismos de acompanhamento e controle dos gastos também merece preocupação. (...) Ainda há recursos executados por fora dos Fundos de Saúde, contrariando as disposições legais, e em muitos municípios o controle dos recursos é feito pelas sectetarias de fazenda e/ou chefe do Executivo. A existência de uma lógica fragmentada de transferência de recursos federais - tabelas de produção, programas verticalizados e atividades rigidamente estabelecidas (tuberculose, DST/Aids, etc.) impede a democratização da discussão do uso destes recursos".

"Na minha opinião, os andamentos estão indo tudo bem. A Conferência é um sucesso. Espero que ao final traga o resultado que a gente espera, que as propostas apresentadas tragam mudanças porque nosso sofrimento está grande, eu sinto na pele. É por isso que eu estou aqui. Meu marido teve um derrame e eu sofri para conseguir atendimento. Eu estou aqui batalhando e eu espero em Deus sair daqui com uma vitória".

Francisca Valério Paixão (São Paulo-SP)





"Minha expectativa quanto aos resultados da Conferência é positiva, é que a plenária final aprove propostas que venham resolver os problemas de saúde vividos pelo povo do Ceará. As maiores carências lá são o desemprego e a falta de higiene, que estão facilitando a chegada de doenças e atrapalhando a vida do cristão".

Francisco Júlio de Araújo (Sobral-CE)

equívocos:

- A NOB-93 teve vários avanços, mas o problema central da descentralização é a questão do dinheiro. Você não descentraliza fazendo com que o dinheiro diminua. Neste ano, está se investindo menos dinheiro do que se investia em 1995. Cresceu 300% a receita que alimenta a saúde de 94 a 99 e a despesa com saúde cresceu apenas 50%. Não acompanhou nem a inflação. O que está escamoteado atrás do processo desta recentralização punidora, se utilizando de afirmações como a que o município é incompetente e que todos os prefeitos roubam, generalizando-se as coisas, é o processo de reengolir o SUS e voltar ao Suds.

Para falar sobre as plenárias de saúde, o Movimento "SOS SUS" e o recente processo que assegurou o financiamento regular e permanente da saúde, a Deputada Federal Jandira Feghalli (PC do B-RJ) começou de maneira enfática:

- A primeira coisa que pecisa ser dita aqui é que esta conferência é deliberativa e por isso precisa ser cumprida todas as suas recomendações e deliberaçõres. Digo isso porque na retrospectiva da 8ª, 9ª e 10ª conferências, e aí cabe uma crítica aos governos, não foram cumpridas grande parte das deliberações aprovadas.

Para a deputada, houve uma grande evolução quando o texto constitucional "coloca que saúde não é um valor que possa depender de políticas de mercado, mas é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania e que por isso não pode ser tratada como mercadoria".

Na mesma linha de Gilson Carvalho, ela também acha essencial se discutir a questão da autonomia na gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde:

- Ao rever a experiência histórica do SUS, as plenárias de saúde e o Movimento SOS SUS, podemos dizer que estavam no centro a garantia das conquistas na regulamentação infra-constitucional, mas também a questão dos recursos da saúde. Precisávamos ter uma garantia constitucional que a vida das pessoas não estaria mais ao sabor das políticas pontuais desse ou daquele Governo. Hoje pelo menos garantimos a vinculação constitucional, que garante a responsabilidade da União, estados e municípios com o setor.

Mas apesar de reconhecer os avanços conquistados pelo SUS, ela coloca algumas preocupações:

- O primeiro grande desafio é responder de que forma vamos fortalecer a política de saúde dentro de uma realidade de aumento da demanda por saúde, balizada por questões concretas como o aumento da pobreza e da miserabilidade, o desemprego, a queda da massa salarial, questões que certamente aumentarão a busca pelo sistema de saúde. Ao mesmo tempo, há uma mudança nos municípios para onde o sistema está se descentralizando, com verdadeiras cidades ilegais, marginalizadas pelo crescimento desordenado e super-concentração demográfica. Nós teremos um aumento da demanda por essa marginalidade, pela violência

Jandira Feghalli

policial, narcotráfico, drogas, trazendo impacto direto e indireto no sistema de saúde. Para Jandira, só há uma forma de responder a este aumento da demanda por saúde, que é fortalecer o papel do Estado e os conceitos fundamentaois do SUS. Sobre isso, ela vê a possibilidade de graves retrocessos:

- Digo isso porque não é pela boa vontade do Ministro, dos técnicos do Ministério e dos gestores que depende a implantação do SUS. A questão é que o Estado está passando por transformações profundas, onde a perspectiva é a redução de seu papel. O Estado tem sido subjugado a uma política de *financeirização* do orçamento brasileiro. Os juros das dívidas externa e interna correspondem ao dobro dos gastos em saúde. Em nome do ajuste fiscal, o ministro Pedro Malan está descumprindo a recente Proposta de Emenda Constitucional aprovada pelo Congresso.

Ela disse que é muito difícil descentralizar pagando dez reais por habitante ano de Piso de Atenção Básica:

- Isso é uma afronta aos direitos humanos. Não dá para cumprir a descentralização com o teto financeiro do SUS em alguns municípios nos valores que estão. Reduziram-se 54 mil leitos entre 92 e 99, devido à falência dos hospitais do interior. E um dos aspectos fundamentais disso foi a falta de repasse, particularmente nos municípios pequenos. Hospitais universitários estão se abrindo para planos privados de saúde para terem sustentação financeira.

Ela também criticou ataques que estão sendo feitos ao modelo assistencial preconizado pelo SUS:

- Os critérios do SUS são acesso, eqüidade, integralidade e universalidade. Me preocupa que tenha se feito vista grossa ao fato de redes inteiras de hospitais, como na Bahia, estarem sendo repassadas a quem não tem competência para administrar. Se nós queremos fortalecer a atenção básica, priorizar programas de saúde da família e dos agentes comunitários, eles só serão portas de entrada estruturantes do SUS se tiverem uma articulação com a rede de maior complexidade. O que vemos hoje não é isso, mas uma estrutura paralela, com absoluta precarização das relações de trabalho, seja dos profissionais de saúde, seja dos agentes comunitários, que sequer estão regulamentados.

"Faltam recursos para investir em desenvolvimento de recursos humanos, o que dificulta a constituição e sustentação de equipes de trabalho que mantenham tais programas ao longo do tempo. A falta de humanização do atendimento também decorre da falta de recursos que possam sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores de saúde. Além disso, a lei de responsabilidade fiscal pode vir a estimular o menosprezo à responsabilidade social dos governos, justificando a limitação de gastos essenciais como a contratação de pessoal na área da saúde".

Avaliação do Controle Social

NÃO HÁ COMO SEPARAR PARTICIPAÇÃO DAS MUDANÇAS NO MODELO ECONÔMICO

• *Álvaro Nascimento*

A mesa que debateu o tema principal da 11ª Conferência, "Avaliação do Controle Social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde" - coordenada por Artur Custódio de Souza (Representante dos Portadores de Patologias do Conselho Nacional de Saúde), foi aberta pela Professora Laura Tavares, da UFRJ, com um alerta:

- A 11ª é um espaço de reflexão política, crítica e independente. O pensamento que sempre norteou o movimento sanitário é o de nunca desvincular a saúde da luta por uma sociedade mais justa e democrática. Portanto, o balanço do controle social não pode ser feito sem levar em conta o quadro de profundo agravamento da exclusão social provocado pelo projeto neoliberal que está sendo implantado no País.

Para ela, este projeto afasta a posssibilidade de se construir alternativas para o controle social, que superem a mera legitimação de interesses:

- Em nome de uma inevitável globalização e de uma supostamente necessária modernização estão sendo implementadas políticas que têm provocado graves conseqüências sociais e retrocessos que impossibilitam a construção de um aparato público e estatal de proteção social que efetivamente represente o que está escrito na Constituição como um dever do Estado.

Segundo ela, estes princípios têm sido desrespeitados e destruídos, através de sucessivas reformas constitucioinais e pelas políticas do Governo Federal:

- Desmontaram o Estado e os mecanismos de proteção social, configurando um projeto neoliberal cuja ideologia tornou-se perigosamente hegemônica por duas formas. A sistemática e massacrante imposição desta ideologia pelos meios de comunicação controlados pela elite do País e por mecanismos de cooptação e aliciamento de instituições e pesosas que aceitam até mesmo incorporar a inevitabilidade do consenso único, reconvertendo conceitos que antes eram bandeiras da Reforma Sanitária, como a descentralização, a municipalização e o controle social, criando panacéias como gestão moderna, publicização da saúde e saúde da família.

Laura Tavares vê com um olhar crítico "muitas das chamadas novas propostas, que nada mais são que uma recauchutagem de velhas idéias já superadas no passado, como assistência primária, saúde comunitária, a utilização de agentes da própria comunidade, todas elas criticadas pelo movimento da Reforma Sanitária, consideradas como alternativas pobres, com poucos recursos e baixa tecnologia utilizada para os pobres".

Em relação às transformações que passou o controle social em saúde e as possibilidades e limites da existência atual de um autêntico controle com autonomia e independência, ela é enfática:

- Estamos diante de uma realidade social e de saúde onde a superposição de antigos e novos problemas configura um quadro de enorme perversidade e complexidade. As causas de morbi-mortalidade da população brasileira estão cada vez mais determinadas pela crescente polarização entre ricos e pobres e pela ampliação da exclusão de setores sociais que não têm acesso a trabalho, bens e serviços públicos essenciais.

Para ela, a este quadro se agrega o desmonte do Estado, que leva a uma crescente *desresponsabilização* do Governo das suas atribuições:

- As políticas de ajuste fiscal têm trazido enormes limitações para todas as unidades da federação, particularmente os municípios, no que diz respeito às suas capacidades de intervenção e principalmente a capacidade para fazer frente às demandas sociais crescentes.

Laura Tavares afirma que as políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional quanto nos estados e municípios, caindo numa visão "focalista", onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente eficientes às necessidades da população, hoje reduzida ao termo comunidade:

- Retrocedemos a uma visão comunitária, onde pessoas e famílias passam a ser as responsáveis por sua saúde e bem estar. Atrás das estratégias auto-gestionárias e de participação comunitária, está o abandomo por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população.

Ela afirma que "não pode ser ignorado isto, sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocráticas para o setor saúde e na aceitação acrítica de programas federais autoritários, travestidos de inovadores".

O diagnóstico em que se baseia a Reforma do Estado assenta-se em falsas premissas e falsas soluções, segundo ela. "Um exemplo disso é a culpabilização dos funcionários públicos por uma série de problemas no aparelho do Estado, o que tem focalizado as propostas para reformas administrativas em cima do funcionalismo, precarizando suas condições de trabalho, baixando seus salários e tornando sua relação terceirizada".

- O movimento para solucionar o que tem sido chamado de distorções e desvios do Estado tem sido o

"Deve-se abrir um debate político público sobre as inconsistências entre o modelo econômico e a construção do SUS, buscando orientar um movimento por um novo modelo de desenvolvimento. E reestruturar o pagamento das dívidas externa e interna do País, garantindo a integralização dos recursos necessários para os orçamentos sociais, em particular o da saúde, redefinindo assim o montante possível de ser comprometido com as dívidas a cada ano. E repudiar a opção neoliberal da Política Econômica, reivindicando apoio às políticas públicas".

"É uma bela movimentação de pessoas, que vemos aqui. A realização da 11ª Conferência é um esforço considerável do Ministério da Saúde para de fato concretizar este sonho da participação social na realidade da saúde do País, no sentido de aperfeiçoar o sistema. O impacto de um evento como esse é muito grande, sobre todas as pessoas que participam dele, porque é uma injeção de ânimo, uma troca de experiência bastante rica e uma participação intensa, com todos se sentindo co-partícipes e responsáveis pelo destino da saúde. Esperamos que as propostas aqui aprovadas sejam realmente transformadas em políticas, em legislações e regulamentos que vão delinear um sistema de saúde cada vez mais próximo das necessidades da população"

Flávio Magajewski (Florianópolis-SC)

FIOCRUZ

Radis

http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.html

RADIS
Nº 20 • FEVEREIRO • 2001

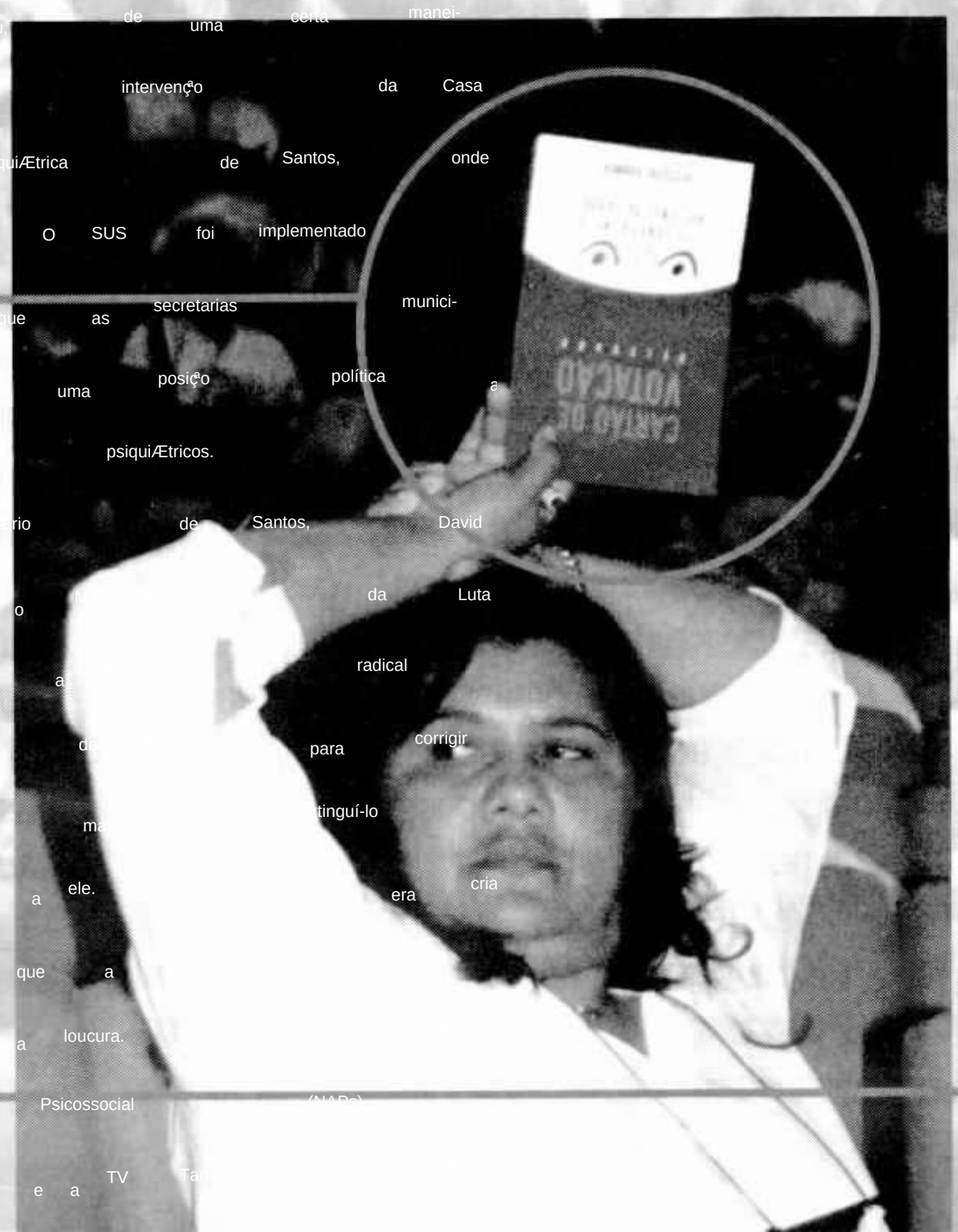
11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

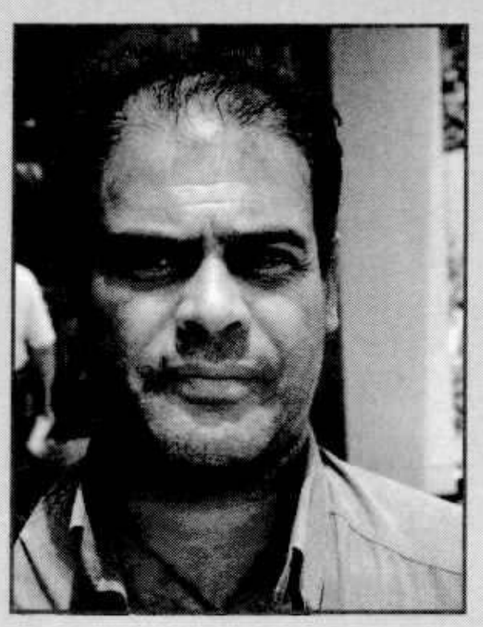
O BRASIL DIZ COMO QUER SER TRATADO

A LEI DA REFORMA

(O QUE DIZ?

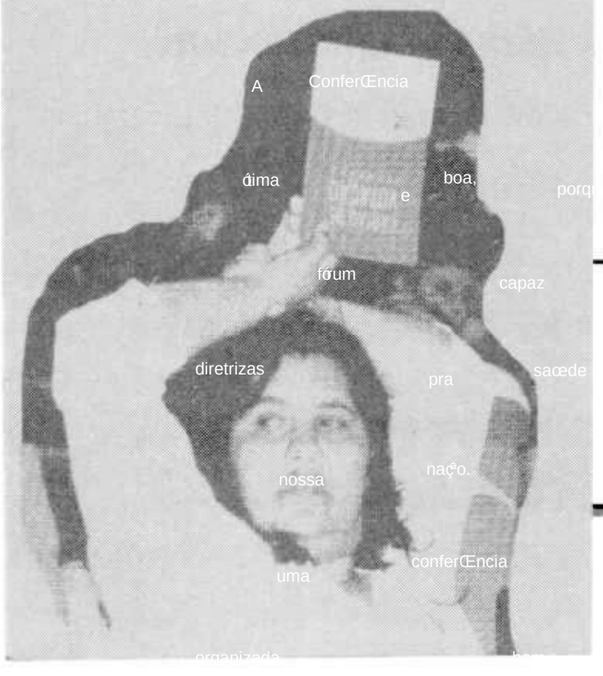
A Lei 3757/89, pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), nasceu, na conservadora, em Sacœde da história da clínica psiquiÆtrica de Santos, onde havia ocorrido em 89, o SUS foi implementado de modo que as secretarias municipais de sacœde puderam uma posiçº política a em relaçº aos psiquiÆtricos. A relaçº do Deputado David Capistrano Filho, da Luta Antimanicomial proporcionou o hospital psiquiÆtrico, a radical imperfeiçes em seu para corrigir um sistema substitutivo ele. a um novo modo de fazer com que a a lidar com o louco e com a loucura. entº os Nœcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) jetos culturais (como a rÆdio e a TV





"A Conferência é sempre ótima e boa, porque é o fórum capaz de dar diretrizas pra saúde e pra nossa nação. Tá sendo uma conferência bem organizada, bem discutida. Os temas propostos foram muito bons, e os delegados estão de parabéns: trouxeram boas propostas de seus estados. esperamos agora que o nosso ministro cumpra o que foi decidido na plenária. O SUS é uma criança, entrando na adolescência. Nós também, entrando agora nessa luta, estamos mais preparados para poder cobrar. E temos um aliado muito importante, que é o Ministério Público."

Jessé Fernandes (Rolândia - PR)



NOVOS INSTRUMENTOS PARA GESTÃO

EM BUSCA DE MAIS EFICIÊNCIA, HUMANIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

Alterar de forma profunda os instrumentos de gestão do sistema de saúde, com o objetivo de torná-lo mais eficiente, eficaz e transparente tanto para gestores como para a sociedade, criando mecanismos que facilitem o controle social. Esta foi a meta que levou várias equipes do Ministério da Saúde a criarem e implantarem quatro projetos na área da gestão: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), o Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar (BPPH) e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

Os projetos foram apresentados aos delegados da 11ª Conferência no debate "Novos instrumentos de gestão", coordenado pelo Secretário de Gestão de Investimentos do Ministério da Saúde (SIS), Geraldo Biasoto Júnior, que listou os principais objetivos da sua secretaria:

- Buscamos identificar pontos de estrangulamento do sistema, articular ações de interesse do SUS que estão fragmentadas no âmbito federal, gerar ações de caráter intersetorial de interesse para a saúde, investir em projetos que alteram as lógicas de comportamento do setor, avaliar os impactos das questões econômicas sobre o SUS e a saúde, atuar em segmentos do sistema que necessitem de mudanças estruturais, gestar novas áreas de atuação do Ministério da Saúde e introduzir novas formas e instrumentos de gestão.

Segundo Biasoto, o Profae busca a qualificação profissional de 225 mil auxiliares de enfermagem em todo País, a capacitação de 12 mil docentes, o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS e dos Centros Formadores, a certificação de competências na área e a produção e difusão de análises sobre o mercado de trabalho.

Já o Cartão SUS, segundo ele, "visa a construção do número único de cada cidadão, o cadastramento de toda a população, a identificação das vertentes tecnológicas, a compatibilização com o modelo de gestão e a futura expansão do sistema".

Na área do financiamento à saúde, a Secretaria criou o Siops, estuda os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal e a respectiva alocação de recursos no setor, enquanto na delicada área da regulação de medicamentos, busca a desoneração tributária para medicamentos de uso continuado e antibióticos, a formulação de uma política de regulação de preços e a construção de alternativas para a extensão da assistência farmacêutica no País.

SIOPS: COMO, ONDE E EM QUE SE GASTA

Segundo Marcelo Gouvêa Teixeira, também da SIS, o Siops nasce de uma demanda do Conselho Nacional de Saúde em 1993, com o objetivo de organizar informações sobre financiamento e gasto com as ações de saúde nas três esferas de governo. A partir de 1999, o Ministério da Saúde assume o projeto em parceria com o Ministério Público:

- O Siops é uma solução tecnológica, um software, disponível na Internet, a exemplo do que já é feito para declaração de imposto de renda, onde qualquer município ou estado pode baixar o programa, preencher os dados e enviá-los ao Ministério, fazendo com que qualquer cidadão, conselheiro de saúde ou gestor tenha acesso às informações, explica Teixeira.

O programa gera indicadores, disponibilizados via Internet, com tabulações dos dados por município, estado, faixa populacional ou por regiões. Ele é gerenciado por núcleos estaduais, por equipes técnicas do Datasus, da SIS e por uma Câmara Técnica de âmbito nacional. Teixeira explica o uso prático do Sistema:

- Ele é um valioso instrumento para o planejamento, gestão, avaliação e fiscalização dos gastos em saúde, viabilizando transparência na aplicação dos recursos para o controle social, um melhor planejamento e coordenação das ações de saúde no nível estadual e regional, além de servir de instrumento para avaliação de critérios para alocação de recursos no âmbito municipal.

Para se ter uma idéia das possibilidades de uso do Siosp, ele já serviu de subsídio ao processo de negociação para a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da saúde no Congresso, tem viabilizado o acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional já aprovada, instrumentaliza a discussão da regulamentação da mesma emenda através de Lei Complementar, está permitindo se dimensionar o peso do setor saúde na economia no que diz respeito aos gastos públicos, serve para organizar o Sistema de Contas Nacionais de Saúde e tem sido um importante instrumento para a academia, tanto no ensino como na pesquisa.

BPPH: COMPARANDO PREÇOS VIA INTERNET

Também concebido com o objetivo de dar transparência na gestão dos recursos públicos do SUS,

"A quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento , orçamento para a saúde, acesso, RH envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas, etc.) não é democratizada e disseminada de forma transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes atores sociais. Destaca-se a importância de publicização de todas essas informações, pois elas são fundamentais para atuação dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS".

Universidade de Brasília), que discutiu o papel do Ministério Público, do Legislativo e do Poder Judiciário na garantia do acesso e na humanização da atenção à saúde, quando se realizou a 8ª Conferência e durante a Constituinte, a idéia da cidadania estava unificada à de participação, de garantia de um protagonismo para a sociedade que implicasse no exercício direto não só do poder político, mas da capacidade de deliberar sobre as tomadas de posição sobre os vários aspectos da vida social:

- Ali, resgatamos a idéia de que o povo pode ser protagonista de sua própria história, associando novamente o Estado e a sociedade, que estavam dissociados. O novo que surgiu da Constituição está na identificação de um protagonismo amplificado pela presença, na cena política, do povo organizado nos seus movimentos, sejam populares, sociais ou temáticos.

Segundo ele, o debate hoje é se a dimensão social deste controle e se o papel das instituições nesta experiência reafirmam ou não este protagonismo:

- A cidadania não reside mais na simples escolha de dirigentes pelo voto. Ela reside na possibilidade de colocar nos fóruns de decisões estes novos sujeitos.

Ele exemplificou o significado prático deste processo, citando o Movimento dos Sem Terra e dos Sem Teto:

- Quando o MST reivindica reforma agrária com uma outra estratégia para colocar o acesso à terra como um problema nacional, a sociedade se divide. Parte quer criminalizar o processo e parte o legitima. E as instituições exitam na medida em que se inserem no debate. Na medida da inserção das instituições no debate destas demandas da sociedade, o Judiciário, o Ministério Público, o Legislativo, os formadores de opinião, vão deslocando sua atitude, ora de uma posição criminalizadora, ora da posição legitimadora.

Ele citou um exemplo ocorrido em São Paulo, numa ação de reintegração de posse:

- Numa ação de reintegração de posse movida pelos proprietários de um terreno, o Tribunal decidiu que não era reivindicável a reintegração, porque uma favela seria similar a uma erosão natural. Assim, como uma erosão natural modifica a natureza do bem, uma erosão social modifica sua destinação. Logo, não seria mais reivindicável uma área cujos proprietários, por não terem atribuído a ela uma função social, perderam o direito em prol dos que reivindicavam o direito social à moradia. Neste caso, o direito à moradia não estava nas leis, mas no imaginário das populações excluídas, mas que acabaram inscrevendo esta demanda social no horizonte de sentidos de sua população.

Na visão de José Geraldo de Souza, "assim os direitos vão sendo inscritos no imaginário das pessoas, pela atuação deste protagonismo". Esta identidade com os movimentos da sociedade, segundo ele, transfere às instituições novos valores, reorientando sua atuação:

Para ele, a experiência brasileira gerou três vícios, que afetam a possibilidade de concretização dos direitos por meio das leis. O primeiro é o vício da não regulamentação. Ele citou as grandes promessas da civilização escritas na Constituição e nas leis orgânicas, inclusive na saúde, que não se implementam no jogo político dos interesses não conciliados, impondo a presença do movimento social para cobrar a responsabilidade dos que se recusam a cumprir sua função.

O segundo vício é a instrumentalização, com a produção de leis votadas para alcançar determinados fins que produzem fins diversos aos que as conceberam. Para combater este vício, é imprescindível que se tenha uma presença marcante do Estado:

- Mas não de qualquer Estado. Mas de um Estado que dialogue com os movimentos sociais, que não usurpe da sociedade suas atribuições, mas que as realize sob controle social. E que a sociedade também se reconstrua nos seus movimentos, para que cada um deles, se colocando como vanguarda das lutas sociais, não queira mais ser a vanguarda das lutas sociais e que coloquem as suas demandas lembrando que elas só se realizam no contexto de integração das demais demandas de todos os demais movimentos sociais. Talvez a experiência do movimento sanitário brasileiro e das conferências nacionais de saúde sejam o exemplo mais vivo no Brasil deste tipo de postura. A partir das demandas específicas da saúde, o movimento sanitário soube abrir uma pauta de interlocução com outros movimentos sociais. Ao reivindicar o direito à saúde, contribui para concretizar os demais direitos.

Gilson Cantarino (Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro) - que debateu as relações entre gestores, trabalhadores e o controle social no SUS - disse que é indiscutível a importância da existência de cinco mil conselhos de saúde no Brasil, independente da maior ou menor autonomia de cada um deles:

- A descentralização deu a oportunidade de se organizar um sistema municipal e possibilitar a pressão da sociedade na organização do sistema de saúde. Todos os eventos nacionais reunindo conselheiros de saúde mostram esta crescente participação, com plenárias com um número quase igual ao de delegados desta conferência. Isso mostra o potencial que temos de reflexão para tomada de decisão na esfera do SUS. Isso é um marco do sistema de saúde para o continente.

Por outro lado, Cantarinio vê duas questões importantes de serem analisadas. A primeira diz respeito aos trabalhadores de saúde - "não tenho dúvida de que este é o segmento mais fragilizado do SUS"- e a segunda ao controle social - "que sofre neste momento um risco estrutural de estagnação".

Para ele, a saúde não é um setor isolado da realidade do País, sofrendo todos os efeitos das políticas macro. E a saúde não pode prescindir da análise das políticas econômicas, de acesso a bens e serviços, das especificidades das lógicas dos serviços de saúde, do grau de organização e mobilização dos movimentos sociais e da representação de interesses:

"Há falta de capacitação de gestores e conselheiros e desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao judiciário e a outros mecanismos de exercício do controle social. Alguns conselhos carecem de legitimidade e outros apresentam irregularidades na sua composição; além de funcionarem de forma desarticulada com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos. Falta, ainda, infra-estrutura para o funcionamento dos Conselhos, assim como apoio técnico e administrativo para seu adequado funcionamento".

"O SUS na minha opinião é uma utopia. Para ser a realidade que nós brasileiros desejamos, precisamos fiscalizar e batalhar muito, pra não ficar só nesta fantasia. Precisa ser um SUS que atenda a todos e não aquele SUS que a gente sabe que tem vários problemas, como a falta de verba, de repasse, de recursos humanos, de medicamentos, falta de tudo. As autoridades deveriam passar um dia na fila do SUS para consulta médica, como nós usuários passamos, em vez de passar nos hospitais onde se consultam, e ficar na fila para atendimento médico e tomar o remédio que nós tomamos. E quando eles precisassem de algum encaminhamento, deveriam esperar na fila um ano, seis meses, como nós esperamos. Quem sabe, assim, eles não veriam o que é o SUS de verdade"?

Luciane Salles
(Marília-SP)

A mesa do debate sobre Avaliação do Controle Social

que a gente não corra o risco de, na tensão das nossas relações, excluir o usuário da busca de soluções.

Mônica Valente (representante da CUT), que falou sobre o controle social na perspectiva dos usuários, se mostrou surpresa "porque o relatório apresentado pelo Ministério da Saúde em relação à implantação do SUS não parece que trata do Brasil em que eu vivo, mas de outro País". Ela disse que não faz um balanço positivo da implantação do SUS:

- A política econômica do Governo, que desde 1994 privilegia o capital financeiro internacional, atinge em cheio a proposta que construímos desde a sétima conferência, passando pela Constituinte de 88. Se pensarmos que este Governo, segundo dados da própria Comissão de Orçamento do Conselho Nacional de Saúde, gasta por hora cerca de 10 milhões de dólares de juros e amortizações da dívida, num País onde 28,8% da população, segundo o IBGE, não têm acesso aos serviços regulares de saúde, não se pode fazer um balanço positivo do SUS nestes últimos anos.

Ela vê "desde o início do Governo FHC, um ataque a tudo que nós construímos enquanto direito à cidadania na área da saúde":

- O primeiro ataque foi a tentativa de retirar da Constituição Federal a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que não deu certo porque a opinião pública, a sociedade organizada, os movimentos sociais, sindicais e populares impediram este desastre. Por outro lado, nestes anos têm se implementado um processo não só de não deixar o SUS se implantar, mas onde ele consegue se implantar localmente, de se tentar comê-lo pelas beiradas, inviabilizando-o.

Mas Mônica cita alguns passos dados pelo SUS:

- Se há algo de positivo é a atuação de milhares de usuários, trabalhadores e algumas dezenas de gestores que têm se entrincheirado nos conselhos de saúde, nas plenárias de saúde, nas conferências de saúde e que estão, de fato, construindo o SUS.

Para ela, não há outra saída neste momento histórico do País a não ser avançar cada vez mais no controle social dentro do processo de implantação do SUS:

- O que temos acompanhado nas inúmeras cidades onde se busca implantar o SUS é que quanto menor o controle social, pior tem sido sua implantação. E não há controle social, logo não há SUS, se este controle não atingir os fundos e o orçamento da saúde. É um absurdo as autoridades virem aqui dizer que avança o controle social quando o orçamento da saúde para 2001 passa duas horas sendo discutido no Conselho Nacional de Saúde, um dia antes do Governo encaminhá-lo ao Congresso, com o representante do Governo presente dizendo que ele não está lá para debater, mas para informar qual será o orçamento que o Governo pretende mandar para o Congresso.

Segundo Mônica Valente, para se construir o SUS, os conselhos têm que efetivamente controlar o Fundo Nacional e os fundos de saúde em cada estado e município:

- Os conselhos devem receber relatórios, como já está na lei, trimestrais de todos os contratos, compras e auditorias, de tudo que é feito no sistema em âmbito local, seja em relação aos serviços próprios, seja em relação aos conveniados contratados. Defendemos um controle social que fortaleça os conselhos e assegure sua autonomia, prevendo orçamento próprio para seu funcionamento, com infra-estrutura técnica, jurídica, assessoria para fortalecer a ação do conselheiro no controle financeiro do fundo local de saúde, na discussão dos planos diretores de saúde, seja no âmbito municipal estadual ou federal.

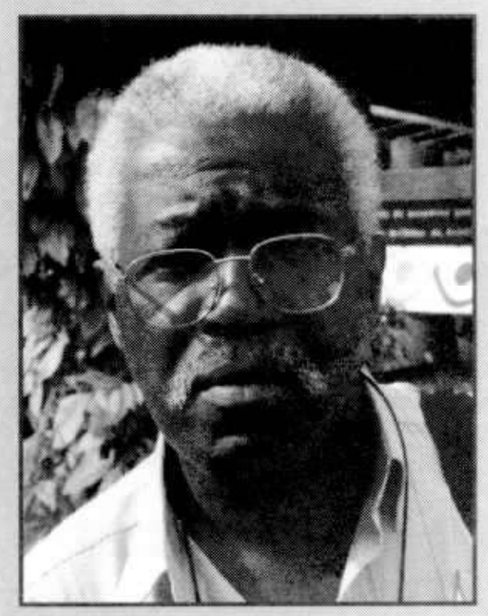
Ela defende que o modelo de controle social preveja que as presidências destes conselhos sejam eleitas democraticamente entre os seus membros:

- Não pode ocorrer o que está ocorrendo agora, com as propostas do movimento social sendo incorporadas entre aspas pelo Governo Federal e retraduzidas e resignificadas, fazendo com que tudo o que propomos, como por exemplo os conselhos democraticamente eleitos e funcionando com condições, sejam meras farsas e objetos de manipulação de chefes de executivos locais, estaduais ou mesmo nacional. Ou ainda de grupos de interesses particulares em cada município.

Ela frisa que só a democratização dos conselhos irá garantir a ética no trato da coisa pública e a inclusão:

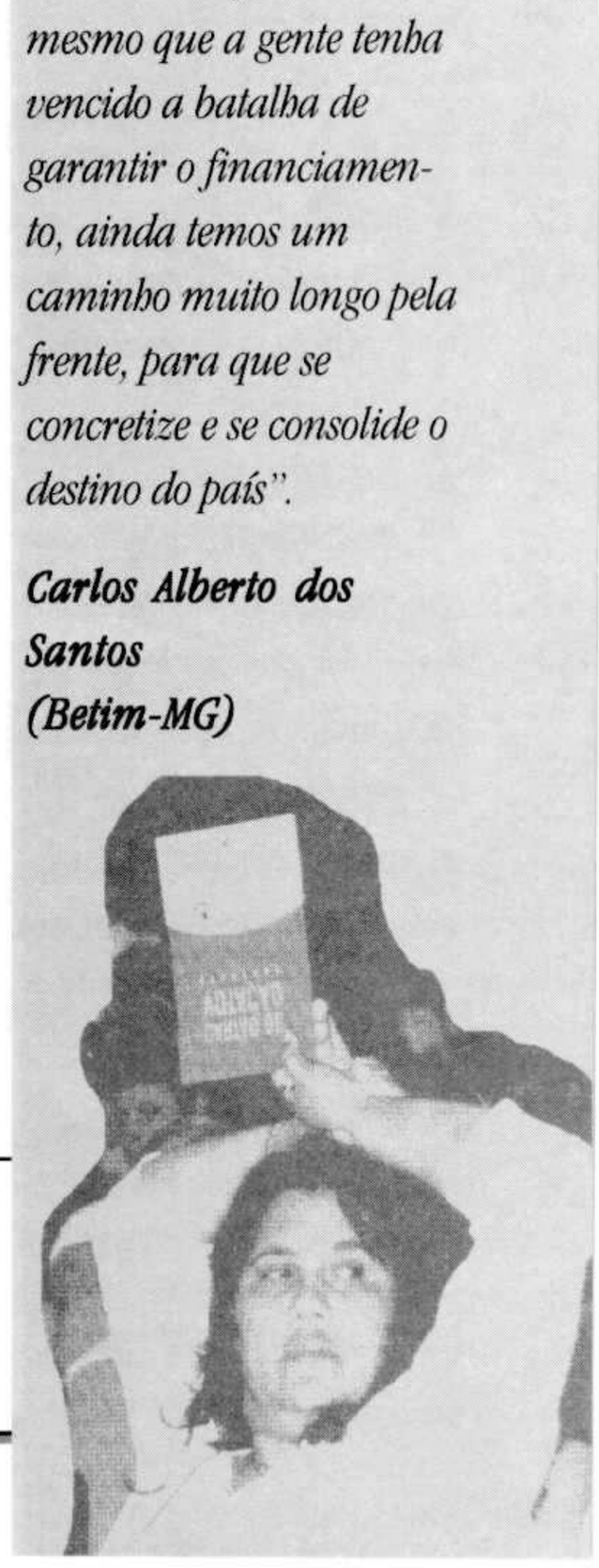
- Saiamos desta conferência com claríssimas diretrizes de luta para construirmos de fato o controle social, usando os instrumentos legais que já conseguimos conquistar ao longo destes anos, mas fundamentalmente construindo com mobilização o verdadeiro SUS que o povo brasileiro exige.

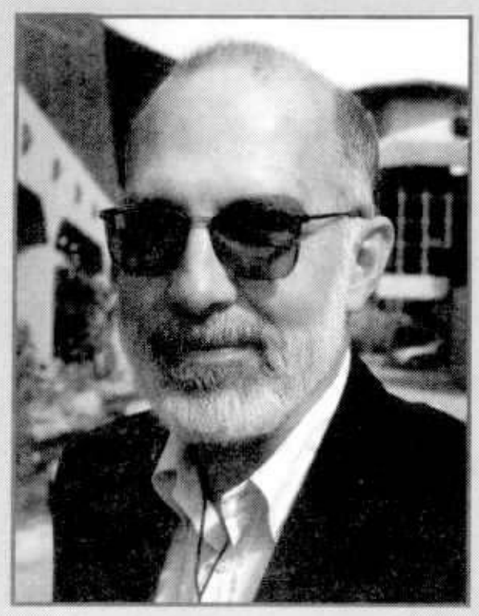
"Há falta de compromisso político de determinados gestores, com falta de responsabilidade e compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de controle social do SUS. Citam-se as experiências do PAS em São Paulo e a criação de "organizações sociais", desresponsabilizando o gestor público da prestação de serviços. E há o descumprimento do poder deliberativo das Conferências e dos Conselhos por parte dos gestores, transformando-os em instrumentos indicativos. Não há mecanismos de punição para o descumprimento das normas e leis do SUS".



"A Conferência começou um tanto quanto tumultuada, mas depois nos organizamos melhor, pra que pudéssemos de fato cumprir nosso papel de conselheiros. O objetivo é ter uma política de saúde pública em nosso país que venha a priorizar a atenção em todos os níveis, para o cidadão brasileiro. Infelizmente, mesmo que a gente tenha vencido a batalha de garantir o financiamento, ainda temos um caminho muito longo pela frente, para que se concretize e se consolide o destino do país".

Carlos Alberto dos Santos
(Betim-MG)





"Penso que esta Conferência terá um impacto importante em relação à humanização e ao acesso aos serviços de saúde, mas acho que as próximas conferências devem incorporar alguns temas importantes para o aprofundamento do SUS, como por exemplo a questão dos recursos humanos e dos próprios modelos assistenciais, que deveriam ser discutidos, talvez, em conferências prévias e que viessem a ser legitimadas pela Conferência Nacional. Os programas setoriais devem ser discutidos fundamentalmente a partir dos municípios, e deve-se fazer uma política de recursos humanos que reverta a condição de remuneração dos trabalhadores da área, e também que incorpore esses trabalhadores no esforço para garantir o direito à saúde de todos os brasileiros e brasileiras".

Eurípedes de Carvalho (São Paulo - SP)

Recursos Humanos para o SUS

TRABALHADORES DA SAÚDE PEDEM APROVAÇÃO IMEDIATA DA NOB-RH

• *Caco Xavier*

"A emergência engoliu a rotina".

Esta frase diagnóstica, seca, dita por Conceição Aparecida Pereira Rezende, integrante da CIRH do Conselho Nacional de Saúde, é uma perfeita síntese do que pensam os participantes do painel sobre a questão dos recursos humanos. Ela apresentou os resultados de um trabalho realizado ao longo de três anos, com o envolvimento dos profissionais de RH, que detalha o processo de construção do documento NOB (Norma Operacional Básica) de RH, iniciado em 96, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde. "Este processo é totalmente ascendente, nasceu nas bases", ressalta. Conceição destaca alguns pontos mais problemáticos de relações de trabalho no SUS e na política de RH no país, identificados pela NOB:

- Não existem levantamentos de necessidade de pessoal; não se tem nem mesmo diagnósticos precisos acerca da força de trabalho nos três níveis; faltam concursos públicos e sobra improvisação em todos os níveis de gestão; falta responsabilidade dos gestores na relação com a terceirização; não há monitoramento da qualidade; falta estrutura de gestão do trabalho; não se tem planos de carreira na grande maioria dos estados e municípios, e os que existem não são adequados ao sistema de saúde; trabalhadores trabalham sem tecnologia, e outros trabalham com tecnologia mas sem capacitação; faltam discussões, há perseguições e métodos ilegais de demissão; falta discussão sobre as políticas de saúde do trabalhador. A lista é infindável.

Conceição estabelece, a partir de todas estas constatações, quatro eixos prioritários:

1. Definição de quem é a responsabilidade de responder a cada um dos problemas identificados. Para isso, leva-se em conta as três esferas de governo, responsabilizando-as pelos problemas existentes. Entre os mais urgentes estão: planos de carreira; gestão colegiada; acordos coletivos. É necessário pactuar uma política nacional de RH e também construir um banco de dados nacional (que compete ao Ministério da Saúde implementar, segundo ela).

2. Criação de um programa de educação permanente que inclua todos as categorias de profissionais de saúde, seja qual for o modelo.

3. Capacitação de gestores, que vem se mostrando falha.

Delegados votam sem hesitação

4. Discussão sobre a saúde ocupacional no SUS, bem como sobre controle social.

Conceição adverte que a terceira versão da NOB precisa ser um instrumento também dos usuários. Segundo ela, há ainda alguns pontos polêmicos, ocasionados pelo modelo que pressupõe o Estado mínimo, e onde a carreira de saúde ficou fora do elenco das carreiras estratégicas de governo.

A primeira polêmica, para ela, é regulamentar ou não a gestão de RH no SUS e suas relações. Deve-se atribuir valores ao trabalho de saúde ou precarizar essas relações de trabalho? A segunda polêmica diz respeito à NOB incluir ou não o setor privado, que tem legislação própria e autônoma. O terceiro ponto polêmico refere-se ao concurso público, pois ainda há divergências sobre a universalização da necessidade de realização de concursos. Por fim, há um ponto polêmico também em relação ao piso salarial da saúde, que se inicia pela escolaridade.

APROXIMAÇÃO COM AS UNIVERSIDADES

Para a assessora da Fundação Kellogs e Rede UNIDA, Laura Feuerwerker, a aceleração de mudanças na formação profissional e no contato mais estreito com as universidades impactaria grandemente a área de RH no SUS. Para isso, as próprias universidades devem refletir sobre seus métodos. Quanto às universidades públicas, segundo ela há uma forte pressão no

"O SUS tem princípios que, se aplicados, garantem o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços. Entretanto, os instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação do setor público não são adequados ao acompanhamento dos contratos do setor privado prestador de serviços, provocando desvios que se expressam em baixa efetividade em relação a estes objetivos. Assim, denuncia-se o atendimento discricionário de pacientes do SUS em relação aos que possuem planos de saúde dentro das instituições públicas".

APRESENTAÇÃO

11ª CONFERÊNCIA MOSTRA QUE MODELO DO SUS É BOM, MAS AINDA HÁ MUITO O QUE FAZER

• *ÁLVARO NASCIMENTO**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília de 15 a 19 de dezembro de 2000, pode ser considerada um marco na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O evento fez uma análise profunda não só do sistema de saúde, mas das conseqüências que o modelo econômico adotado no País tem trazido às áreas de maior impacto social.

Um resumo dos principais conceitos e valores que deram a tônica aos debates nos grupos de trabalho e na plenária final demonstra que o SUS representa um grande avanço como política pública no Brasil. Ele faz com que a saúde seja o único setor com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Maior prova disso é a criação de conselhos de saúde com participação da sociedade em praticamente todos os mais de cinco mil municípios do País.

Entretanto, os avanços que poderiam estar sendo patrocinados pelo SUS são dificultados pelo fato dele conter uma concepção de solidariedade social - representada por princípios como a universalidade de acesso, eqüidade e integralidade da atenção à saúde - que esbarra na atual política econômica do País, que caminha em direção oposta.

Os delegados vindos dos mais longínquos estados e municípios indicaram que o sucesso da implantação do SUS também é dificultado pela cultura política brasileira, marcada pelo autoritarismo, clientelismo e pela exclusão. A garantia de direitos e das conquistas sociais - já consagradas em leis e na própria Constituição - necessita de uma sociedade organizada de forma menos frágil, pois o resultado dessa realidade é a dificuldade de acesso ao SUS justamente pelos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da exclusão.

Os debates e deliberações constataram que, no Brasil das desigualdades sociais, perdura a visão de que as ações de saúde são uma concessão aos pobres e que os governos somente deveriam agir naquilo que não interessa ao setor privado, atuando para evitar que eclodam as epidemias.

As mesas redondas, os debates em plenário e principalmente os grupos de trabalho da 11ª Conferência mostraram a importância do SUS, mas deixaram claro que persistem velhos e novos problemas.

As conferências nacionais de saúde, realizadas a cada quatro anos, são importantes instrumentos de participação da sociedade organizada na elobaração das diretrizes da política nacional de saúde, com vistas a superar os problemas do setor. Elas reúnem gestores municipais, estaduais e federais do sistema de saúde, prestadores de serviço, formadores de recursos humanos, profissionais de saúde, confederações de empresários, comunidade científica, organizações religiosas e representantes de usuários do SUS, como os portadores de patologias e os movimentos sociais organizados, a exemplo dos sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos.

O tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde - "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social"- mostrou, por sua vez, que a questão da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde ainda está longe de ser a ideal. Para resgatar os princípios que nortearam a concepção de controle social do SUS, os delegados aprovaram propostas concretas para superar o problema.

Vale ressaltar que a realização da 11ª Conferência coincide com a posse de uma nova Presidência na Fundação Oswaldo Cruz, instituição centenária, reconhecida no Brasil e no exterior, historicamente ligada à defesa da saúde e que se orgulha de ter participado de forma ativa na construção do texto constitucional relativo à saúde.

Por se considerar uma instituição participante do SUS, a Fiocruz - que está formatando o seu Plano de Trabalho para os próximos quatro anos - já está levando em consideração as deliberações da 11ª Conferência como parâmetro para a sua atuação nas áreas da produção de medicamentos e imunobiológicos, assistência de referência, controle da qualidade, ensino, informação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

Por tudo isso, é com orgulho que apresentamos esta TEMA a nossos leitores. Éla é mais um instrumento de informação voltado para a construção de consciência, e defesa da cidadania, na busca de assegurar maior amplitude do debate no setor, no esforço que o Programa Radis desenvolve há 18 anos no sentido de reunir, analisar e difundir informações em saúde, que impactem e tragam melhorias concretas à performance no sistema de saúde brasileiro.

**** Coordenador, Editor e Redator do Programa Radis / Ensp / Fiocruz.***

Fala, delegado!

Durante os meses que antecederam a 11ª Conferência Nacional de Saúde vimos cartazes, estampando faces brasileiras que terminariam por fornecer uma identidade para o evento. Faces mulatas, negras, brancas, asiáticas e de traços indígenas, faces mestiças, de velhos e jovens, de homens e mulheres, visíveis de várias formas e em várias mídias, ao longo das estradas, em out-doors, documentos e cenários da Conferência. O 'rosto do Brasil', esse era o conceito de todo o esforço de divulgação.

Em agosto do ano passado, realizou-se em Salvador o maior congresso de saúde coletiva jamais visto no país, cujo tema era, coincidentemente, 'O Sujeito da Saúde'.

(CONTINUA...)☞

SESSÃO DE ABERTURA

HOMENAGEM A DAVID CAPISTRANO FILHO EMOCIONA E REAFIRMA COMPROMISSOS

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

Uma emocionante homenagem a David Capistrano Filho e a reafirmação de compromissos históricos do movimento sanitário brasileiro deram a tônica à solenidade que abriu a 11ª Conferência.

Coordenadora do evento, Rita Barata afirmou que todos os que participaram da sua organização esperavam que a Conferência acrescentasse alguns passos na construção de um País livre, justo e feliz:

- O SUS é uma utopia. A utopia de ter todos os cidadãos brasileiros vivendo com dignidade.

Coube ao ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, em nome da Comissão Organizadora, iniciar a homenagem ao sanitarista David Capistrano Filho, que falecera semanas antes. Segundo Jatene, "Uma Nação revela-se não somente pelos homens que produz, mas pelos que presta homenagem. Precisamos cultivar aqueles que podem ser considerados ídolos para nossa luta, para que tenhamos forças para continuar a nossa tarefa". Ele convidou Maria do Socorro Mattos, uma das colaboradoras mais próximas de David, a fazer um depoimento do que foi trabalhar com ele.

Ela lembrou a perseguição da ditadura militar a David, "que nunca temia quem enfrentava e achava que as diferenças deviam ser explicitadas e estimuladas":

- O exercício da dialética impregnava sua alma. Tinha coragem, ousadia e visão de profeta. Em 1989, Secretário de Saúde de Santos, David começa a contestar o tratamento manicomial no Hospital Anchieta. Quase foi preso quando decidiu trocar seringas para evitar novos casos de Aids e salvar vidas humanas, tendo sido acusado de estimular o uso de drogas. Hoje, se vê que a iniciativa se transforma em programa do Ministério da Saúde. Como Prefeito de Santos, sempre estimulou os movimentos populares na saúde e na cultura. Forneceu coquetel de drogas a todos os pacientes soropositivos. Sabia como ninguém que aquelas pessoas não podiam esperar. Mais tarde, foi seguido pelo Governo Federal, que passou a assumir integralmente o tratamento.

Mais recentemente, David Capistrano coordenou o Projeto Qualis, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Nos últimos meses, era consultor do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Vitória da Conquista (BA). Foi o responsável pela idealização e implementação dos programas Médico de Família e de Agentes de Saúde, abrindo caminho para uma nova ótica na saúde pública brasileira.

Maria Augusta de Oliveira, mãe de David Capistrano Filho: "Espero que toda a comunidade da saúde tenha a preocupação de levar adiante as diretrizes que David defendeu enquanto aqui esteve"

- Justiça, liberdade, eqüidade, sonho de transformar o mundo, identificação com a luta dos de baixo, tudo isso faz parte da luta de David, finalizou ela.

Mas o momento mais emocionante foi quando Jatene chamou a mãe de David, Dona Maria Augusta de Oliveira, para falar do filho. Seu discurso foi contundente:

- É com enorme emoção, como mãe de David, que me sinto orgulhosíssima de ter tido um filho com suas qualidades. Me sinto honrada porque meu filho soube seguir a educação dos pais, de defesa do povo brasileiro, ocupando cargos sem pensar em si, mas para servir às camadas mais sofridas da população. Meu filho morreu prematuramente, pois ainda tinha muito a dar ao País, à sua família, ao povo e à saúde da Nação. É lamentável que tenha morrido prematuramente. David não foi filho apenas de um revolucionário, que foi David Capistrano. Foi filho de uma mãe revolucionária, que dos confins do nordeste já percebia que precisava participar da luta em defesa da democracia e da liberdade neste País. Foi através desta educação que ele se formou, desenvolveu sua capacidade intelectual e moral, colocando-se a serviço da saúde no Brasil, como tarefa política ligada aos demais democratas, para transformar o Brasil numa Nação justa. Estou tremendamente emocionada, porque além de tudo isso ele era um grande filho, com uma afinidade enorme com sua mãe, política, ideológica, de concepção, sabendo de minha enorme satisfação com seu trabalho. Espero que toda a comunidade da saúde tenha a preocupação de levar adiante as diretrizes que David defendeu enquanto aqui esteve.

Deliberações: Nos rodapés das próximas páginas, publicamos algumas das deliberações da 11ª Conferência, debatidas nos grupos de trabalho e submetidas à Plenária Final. Elas dizem respeito a três temas: "Avaliação do Controle Social nos dez anos do SUS", "Financiamento e Responsabilidades das três esferas político-administrativas" e "Modelo Assistencial e de Gestão".

"A Conferência começou errada em abril, no Conselho Nacional de Saúde, quando foi definido o que seria discutido aqui. O tema ficou amplo demais, e portanto ela chega sem foco. Na Oitava, debatemos o SUS. Na Nona Conferência, debatemos descentralização e municipalização. Na Décima, financiamento. E sempre, depois das Conferências, gera-se um processo de mobilização em tornos dos temas discutidos e votados. Mas o que estamos debatendo nesta? Está sem foco. Como houve pouco tempo para preparação, as delegações vêm dispersas, e com a demanda de seu local de trabalho, querendo incluí-la no relatório final. Aquilo que as conferências anteriores aprovaram só foi à prática com mobilização. O que é preciso resolver agora são os papéis deliberativos dos conselhos de saúde.

(CONTINUA...) ☞

fez um alerta para o discurso de que a concorrência é capaz de assegurar a qualidade dos produtos:

- Qual é a lógica do sistema produtivo? É produzir para o consumo, realizando o objetivo da produção, que é gerar valor, lucro, acumulação de capital. Mas o produtor sempre vai enfrentar as leis da concorrência e o próprio sistema capitalista se encarrega de defender a concorrência, pois a livre iniciativa é um dos princípios da ordem econômica capitalista. Então o produtor tenta diminuir os custos da produção e aumentar, sempre que puder, os preços dos seus bens colocados no mercado de consumo, enquanto tenta ampliar o seu mercado.

Seguindo o raciocínio de Ediná Costa, "esgotadas as possibilidades locais, o produtor vai para outros territórios, valendo-se também de outras estratégias, tais como a diversificação da produção". Ela citou a indústria farmacêutica, que passou a produzir cosméticos, alimentos e certos produtos intermediários atuais, os chamados nutrifármacos, como exemplo disso.

- Há, ainda, o aumento abusivo de preços em mercados oligopolizados, tais como o de medicamentos. Vejam-se quantos riscos à saúde podem ser gerados nesses processos.

Ao listar alguns tipos de risco à saúde, ela alertou para a diminuição da qualidade da matéria prima e até mesmo supressão de quantidades; diminuição dos processos mais onerosos de controle de qualidade; diminuição dos mecanismos de proteção do trabalhador no ambiente de trabalho (além da baixa remuneração da força de trabalho); diminuição dos mecanismos de proteção do meio ambiente das externalidades negativas do processo de produção e outros aspectos que dizem respeito à migração de indústrias poluentes para países periféricos e de industrialização de determinados produtos que já não são aceitos ou são de uso restrito nos países-sede do primeiro mundo, como ocorre com certos tipos de agrotóxicos que ainda são usados no Brasil.

Em relação ao papel do Estado, Edná Costa vê a necessidade urgente de se regular as atividade de publicidade, "que podem ficar apenas por conta do mercado, particularmente no contexto atual de mercados cada vez mais liberados e mundializados".

Para ela, não há dúvida que a meta principal das atividades de publicidade e promoção é estimular o consumo cada vez maior, sendo que na Saúde Pública este tipo de lógica é inaceitável:

- O que se observa ao examinar os materiais informativos oriundos da indústria farmacêutica, por exemplo, é uma clara tendência a exagerar benefícios e a reduzir os riscos. Já há estudos mostrando as diferenças entre as bulas nos países centrais e as bulas dos mesmos medicamentos nos países periféricos, sendo menos cuidadosas nestes quanto às informações sobre riscos, contra-indicações e efeitos colaterais. A estimativa

Claudio Maierovich

é de que as atividades de promoção e publicidade corresponde a cerca de 30% dos custos dos medicamentos, ultrapassando em muito o que se poderia gastar em atividades voltadas para o uso adequado desses insumos de saúde. Esse excedente nos custos é pago por nós.

Para ela, na medida em que os mercados não conseguem se auto-regular em atendimento às necessidades de saúde, também não podem assegurar que os medicamentos e outras tecnologias médicas sejam consumidos adequadamente. Assim, devido às repercussões para a saúde e a magnitude dos custos sociais provocados não apenas pela falta mas também pelo uso inadequado dos medicamentos, torna-se urgente a redefinição de uma Política de Vigilância Sanitária no que se refere às práticas comerciais e do próprio setor saúde, com o objetivo de reduzir o uso irracional das tecnologias médicas, incluindo os medicamentos:

- O Estado, as entidades de defesa dos interesses públicos, os profissionais de saúde e os cidadãos devem intervir nessa questão, para que se alcance as mudanças necessárias na área da saúde.

Segundo Ediná Costa, a difícil tarefa de conter a voracidade publicitária da indústria de bens e produtos de interesse da saúde é tão importante, que foi definida no Parágrafo 4.º do artigo 220 da Constituição como um direito do cidadão e da família:

- Com base nesse mandamento constitucional, foi estabelecida a Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e agrotóxicos, sendo regulamentada essa lei pelo Decreto n.º 2.018, de 1.º de outubro de 1996. Além disso, o Código de Proteção do Consumidor, também criado em atenção ao mandamento constitucional que reconhece a vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, estabelece regras de informação ao consumidor sobre os atributos, componentes e riscos dos produtos e serviços. É com base nesse mandamento constitucional que estão sendo envidados esforços para o controle da propaganda do cigarro.

Para Cláudio Maierovich, Diretor Adjunto da Agência

"Organizar uma *cartilha* de apresentação dos Conselhos de Saúde à população, apontando possibilidades de ações conjuntas e estratégias de acesso ao Poder Judiciário, desenvolvendo um fluxo população/Ministério Público/Conselhos, de forma a fortalecer o controle social. Esta *cartilha* será organizada pelos Conselhos de Saúde em conjunto com o Ministério Público e deverá ter como eixo a garantia dos direitos da cidadania. Incluir a matéria Políticas Públicas de Saúde no ensino básico e até superior, na qualidade de matéria transversal".

dronização de medicamentos para uso na rede, com os municípios tendo dificuldade para definir o que comprar, como, quanto e onde. Segundo Guedes, também o antigo sistema de compras centralizadas no Ministério da Saúde trazia problemas, pois as aquisições não seguiam a lógica do perfil epidemiológico das populações:

- Era muito freqüente a remessa de carretas de medicamentos nem sempre solicitados, alguns desnecessários, em quantidades absurdas e freqüentemente com curto prazo de validade, gerando desperdício de dinheiro público e desabastecimento.

Da esq. para a dir. Clair Castilhos, Ronaldo Gazolla, Gonzalo Vecina Neto, Jorge Bermudez e José Guedes.

Guedes identificou também distorções no papel da Furp (Fundação para o Remédio Popular), laboratório produtor do Estado que nos anos anteriores a 1995 ao invés de ser um fabricante, foi utilizado como mero entreposto, comprando e revendendo medicamentos.

Para enfrentar esta série de problemas, a Secretaria definiu três objetivos prioritários: garantir a dispensação de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, produzir estes medicamentos na FURP e assegurar o acesso da população a medicamentos em quantidade e com qualidade.

Para executar o Dose Certa, foi necessário investir em recursos humanos para garantir a existência de massa crítica de técnicos que tivessem acumulado reflexões sobre política de medicamentos. Foi elaborada uma lista de medicamentos (com consulta aos municípios), consolidada por sua denominação genérica, buscou-se apoio técnico-científico na Sétima Lista de Medicamentos Essenciais da OMS e selecionou-se os medicamentos produzidos pela FURP. Guedes explica:

- Iniciamos com 38 produtos e hoje trabalhamos com 41. Implementamos o Sistema de Acompanhamento, que desde 1995 controlou e encaminhou reposições trimestrais de medicamentos, garantindo 100% do consumo e mantendo 20% de estoque de segurança, evitando desperdícios. Já avançamos para um novo Sistema de Gerenciamento dos Programas de Assistência Farmacêutica, que utiliza a Internet como meio de transmissão, permitindo integrar *on line* municípios, Regionais de Saúde, Coordenadorias e FURP, diminuindo o tempo entre o pedido e o envio do medicamento. O Sistema fornece relatórios gerenciais em todos os níveis hierárquicos, desde uma Unidade Básica até o nível central da Secretaria.

Em 1998, foram gastos R$ 30 milhões e assegurado o atendimento regular aos 624 municípios do Estado de São Paulo com até 250 mil habitantes durante todo o ano.

Hoje, o Dose Certa possui 41 medicamentos padronizados (todos produzidos pela FURP), atendendo às patologias de maior freqüência e com entrega regular e pontual aos 645 municípios, inclusive às 220 unidades próprias na capital, totalizando 865 pontos de entrega.

Mais dados sobre o programa:

www.farma.saude.sp.gov.br

REGISTRO DE PREÇOS

Ronaldo Gazolla (então Secretário de Saúde do Rio), demonstrou as vantagens do "Sistema de Compras Programadas de Medicamentos Utilizando o Sistema de Registro de Preços" (SRP). Entre suas vantagens, ele lista a transparência do processo licitatório; a participação de empresas do Brasil e exterior ("onde grandes e pequenas concorrem em igualdade de condições"); os reduzidos preços ofertados; a redução no custo dos transportes; o fim dos super estoques; a agilidade na reposição dos estoques e a redução do número de licitações.

O projeto foi iniciado em 1991, quando foi definido que as unidades de saúde não poderiam prescindir de pleno abastecimento de medicamentos para atendimento aos pacientes internados e também das unidades básicas de saúde. Para que fosse implementada a nova metodologia de planejamento, aquisição, distribuição e controle, foram convocados diversos segmentos do setor saúde, que definiram com a Secretaria uma proposta de edital que permitiu sua operacionalização.

Em dez anos, o sistema evoluiu e hoje abastece 128 unidades de saúde, padronizou 535 sais, movimenta 300 milhões de unidades/ano e cadastrou 300 empresas, permitindo o atendimento de 1 milhão 250 mil pacientes por mês. Gazolla explica:

- Quando analisamos a Lei 8666, no seu art. 14, verificamos que o legislador sinalizava que preferencialmente as compras deveriam ser realizadas para

"A prática política do Legislativo revela uma tendência de utilizar a saúde de modo clientelista ou em momentos eleitorais, não direcionando sua ação para o fortalecimento do SUS. (...) O Ministério Público carece de estrutura técnica para atuar na questão saúde, apesar de ser uma área de Relevância Pública (Art. 197 da Constituição). Particularmente em municípios pequenos, o Promotor Público vê-se obrigado a atuar em diversas frentes, o que, aliado à grande rotatividade deste profissional, impossibilita a consolidação de um maior conhecimento em saúde".

"A Conferência é um momento de grande reflexão e união, para conseguirmos fazer valer e realizar o SUS. Pra mim, a única coisa que falta, realmente, para que as decisões das Conferências tenham impacto no SUS, e para que o próprio SUS impacte a sociedade é vontade política. A pressão do povo, nos encontros, e a necessidade do dia a dia mostram que só falta isso: vontade política".

Leci Oliveira Gonçalves (Porto Alegre -RS)

SUS: REVENDO A TRAJETÓRIA

OS AVANÇOS E RETROCESSOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

• *ÁLVARO NASCIMENTO*

O processo de construção da Reforma Sanitária no Brasil é o da fixação e concretização de valores, centrados na solidariedade, na ética e na democracia. Este é o resumo da mesa que abriu a 11ª Conferência, "SUS - Revendo a Trajetória"- que fez um balanço histórico da implantação do SUS no País. Coordenada por Márcio Almeida, ela foi aberta por Sérgio Arouca (Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ex-Presidente da Fiocruz, ex-Deputado Federal e atual Secretário Municipal de Saúde do Rio), que identificou os vários valores que sempre nortearan o movimento:

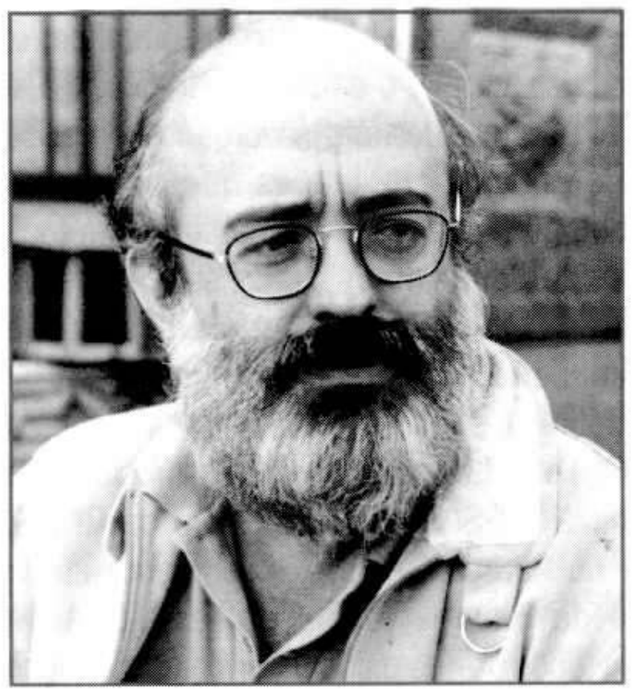
- Ainda durante a ditadura militar, o Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao Cebes e à Abrasco, formalizou o documento "Saúde e Democracia", apresentado no Simpósio sobre saúde da Câmara dos Deputados. Debaixo do autoritarismo, da opressão, da violência que atentava contra os princípios da vida humana, apresentamos um documento onde a saúde não era vista como a simples assistência médica. Ali começamos a lutar pelo valor da liberdade. Foi o primeiro marco que não podemos esquecer. O movimento sanitário brasileiro não nasceu de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasceu marcado pela defesa de valores, assumindo a luta pela democracia.

Ele lembra que a realização da 8ª Conferência foi um momento de síntese:

- Não havia nenhuma proposta de continuidade, mas de ruptura. A saúde enquanto projeto pode ser demarcada entre antes e depois da oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia direta.

Segundo Arouca, o desafio era fazer com que as associações de moradores, sindicatos, igrejas, clubes de serviço, participassem de uma reforma democrática do Estado brasileiro, de perfil centralizado e autoritário:

- A oitava conferência rompe com este Estado e promove reuniões desde os municípios, que se consolidam nos estados, com ampla participação da população, que elege delegados à conferência nacional, clamando por uma reforma democrática do Estado. A saúde rompeu, ainda, com o muro da vergonha que separava medicina preventiva da assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva. E a oitava se colocou a pergunta se o Inamps, que prestava assistência aos trabalhadores, deveria ou não ser transferido para o Ministério da Saúde. Como respondê-la? A partir de um Estado centralizado, de cima para baixo, de forma autoritária, com debates técnicos? Ou tendo a coragem de gerar um movimento de baixo para cima, para que o projeto de sistema de saúde nascesse da sociedade e não em gabinetes?



Sérgio Arouca

Para ele, foi um momento inédito, onde os próprios trabalhadores do Inamps representados na Conferência votaram pela extinção do órgão, abrindo mão de uma postura corporativa em prol de um projeto para o País:

- Estava se colocando um novo valor, que considerava que a reforma do Estado brasileiro deveria ser feita a partir da sociedade.

O movimento da reforma sanitária entendeu, ainda segundo Arouca, a importância do processo constituinte:

- O texto da saúde da Constituição nasceu de uma emenda popular e disso não podemos nos esquecer. Emenda que assegura que a saúde é um direito de todos, que o Estado deve garanti-lo e se coloca, de novo, um valor no debate, quando conseguimos construir princípios para nortear o SUS, que eram os princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Defendíamos o valor da universalização de direitos, onde todo cidadão teria direito à saúde, o valor de que a saúde deve ser vista de forma integral, que era um princípio de como se entende o ser humano, que não é uma úlcera ou um enfarte, mas tem nome e sobrenome, tem família, tem seu trabalho, tem dor, tem medo. E colocamos um novo valor, que desta vez veio na contramão do desenvolvimento científico que desumaniza e que não enxerga princípios humanistas do indivíduo e da comunidade. Um conjunto de valores traduzidos como liberdade, democracia, universalização de direitos,

"As restrições ao orçamento da saúde são inexplicáveis. O Conselho Nacional de Saúde aponta que a arrecadação da União cresceu 80% entre 1995 e 1999. Se a proporcionalidade de distribuição das receitas tivesse sido mantida, o orçamento da saúde teria chegado a R$ 38 bilhões em 2000, ao invés dos R$ 22 bilhões observados. Isso não ocorre porque 44% do orçamento da União é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida externa. O Governo Federal tem reduzido a utilização na saúde dos recursos das contribuições sociais".

Fala, delegado!

(CONTINUAÇÃO)

Foi aproveitando esse pensamento-sujeito e também essas faces-logomarcas (intenção de decidida humanização e 'subjetivação' dos organismos orientadores das políticas de saúde pública do Brasil), que decidimos emprestar uma voz a esses rostos. Como as faces, as vozes são também variadas, significativas e marcantes. Em todas as páginas dessa Tema, nestas bordas, você encontrará depoimentos de delegados da Conferência, vindos de vários estados e representando várias instituições e instâncias da sociedade civil organizada. Se você já viu os rostos desses 'sujeitos' da saúde, que tal agora ouvir o que eles têm a dizer?

Caco Xavier

política liberal, implantada a partir de 1990 com o Governo Collor", quando se começa a tentar reverter as conquistas obtidas na oitava, na CNRS e consagradas no texto constitucional:

- Não foi uma, duas ou três vezes que estas tentativas foram feitas e diga-se de passagem que elas continuaram em anos subseqüentes, de tentar desfazer o que havia sido consagrado pela sociedade brasileira no embate político do texto constitucional.

Por isso, segundo ele, a Lei Orgânica da Saúde, composta na verdade por duas leis, a 8.080 e a 8.142, são conquistadas no final de 1990, dois anos depois da promulgação da Constitiuição:

- Em novo esforço de negociação, baseado numa representatividade e legitimidade alcançadas pelo movimento sanitário, que propugnava idéias que prevaleciam na sociedade brasileira, conseguimos avançar um pouco mais. Apenas duas questões não foram contempladas na Lei 8.080, que eram questões fechadas para o Governo Collor e diziam respeito ao financiamento do SUS, com repasse direto fundo a fundo, e a que dizia respeito à participação da sociedade no exercício do controle social. Os vetos presidenciais estão identificados na lei, mostrando claramente que estes eram campos intocáveis. E mais uma vez o ensinamento foi o da necessidade de continuar a lutar, reorganizar nossas forças, ir para o embate, para finalmente conquistar, no dia 28 de dezembro de 1990, a Lei 8.142, que dispõe sobre a questão do repasse financeiro e sobre a participação da comunidade.

Arlindo concluiu afirmando que "se a oitava é fundamental na marca do que temos hoje aqui na 11ª Conferência, com a participação da sociedade como um todo, é importante termos claro que foi na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na Constituinte e nas leis 8.080 e 8.142 que se dá o fortalecimento do exercício do controle social por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde".

Para historiar os embates pela descentralização, a extinção do Inamps e a NOB 93, Gilson Carvalho (ex-Secretário de Saúde de São José dos Campos - SP) lembrou que se as conferências nacionais são sempre "um banquete de democracia, este processo descentralizatório que defendemos como meio de se conseguir mais eficiência e eficácia é um princípio constitucional, que vem da primeira frase da Constituição, que diz que todo poder emana do povo, que o exerce diretamente ou através de seus representantes eleitos".

Ele lembrou, ainda, o artigo 18 da Constituição, que fala da organização político-administrativa do País, dizendo que existe autonomia entre as três esferas de Governo, numa República Federativa, e o artigo 30, que diz que as ações de saúde deverão ser desempenhadas pelos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados.

Para ele, quando se discute descentralização, está se respeitando um preceito constitiucional. Particularmente em relação ao artigo 194 da Carta, que trata da seguridade, ele frisa que a definição é clara, quando diz que a gestão da seguridade, que inclui saúde, previdência e assitência, será feita dentro de um princípio de descentralização, com gestão única em cada esfera de governo:

- E aí temos que fazer uma grande diferença entre a descentralização e a desconcentração. A descentralização que é preceito constitucional inclui competências, meios e poder decisório para que aquelas competências sejam executadas. Já a desconcentração, característica de estados centralizados, se dá quando você está no município ou no estado apenas cumprindo ordens do governo central. E esta diferença é a que hoje impede que se tenha a implantação definitiva do SUS. A descentralização é fazer com que o poder de decisão esteja perto de quem tenha a competência de fazer o sistema funcionar.

Segundo Gilson, a NOB-93, concebida sob a égide da frase "a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", fez uma opção, de que a implantação do SUS tem que se dar por um processo e que isso tem que ser negociado:

- A história da descentralização no Brasil sempre passou por uma descentralização muitas vezes mal programada, seguida da recentralização punidora. Para evitar que isso acontecesse, a NOB partiu da idéia de negociação e criou a Tripartite, com a reunião da instância federal, estadual e municipal para discutir a operacionalização do processo. E nos estados, criou a comissão intergestores bipartite, que era a mesa em que estados e municípios discutiam questões regionais. Em agosto de 94, a NOB teve impulso com o Decreto de passagem fundo a fundo, em novembro os primeiros municípios entraram em gestão semi-plena e de janeiro a maio de 95, muda-se o Governo, teve um freio neste processo, e de maio de 95 até a NOB 96 estamos avançando aos poucos.

Para ele, "após a NOB-93 estamos num movimento de recentralização do SUS":

- Hoje temos transferência de obrigações para estados e municípios com recentralização, pois o poder e o dinheiro estão no nível da União. Você descentraliza a obrigação, mas recentraliza o dinheiro que determina o que será feito. Este é o grande embaraço.

Ele exemplifica a afirmação:

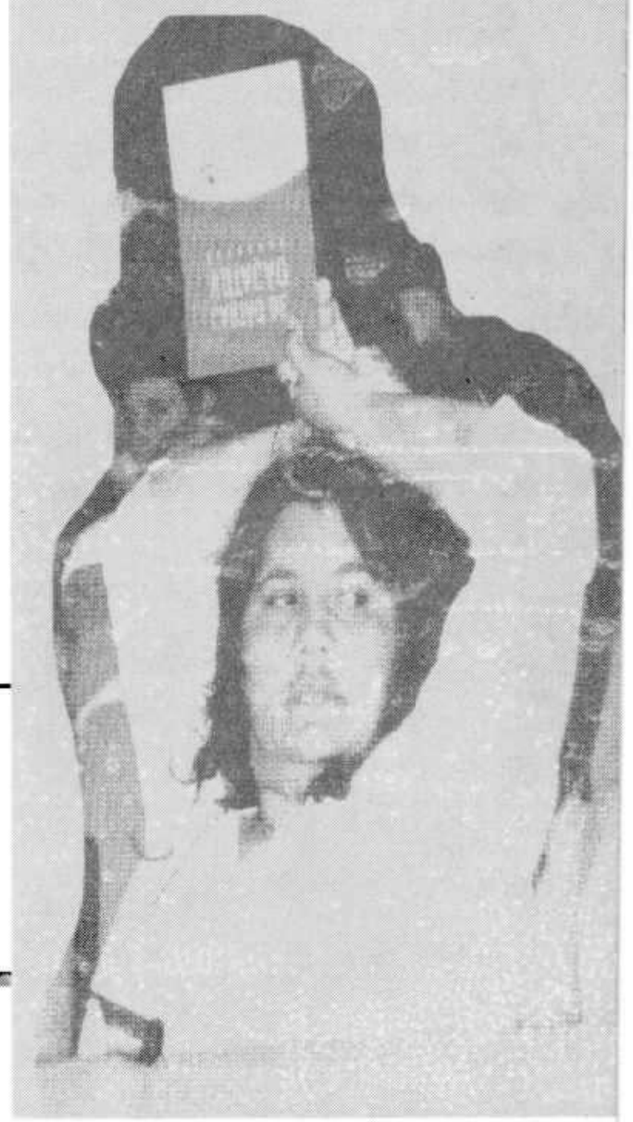
- São 22 maneiras de se repassar recursos hoje para estados e municípios. Há 22 caixinhas. Não há processo de descentralização que agüente esta decisão verticalizada do que eu vou fazer no meu município. Estamos fazendo a antítese da descentralização. Recentemente, o Tribunal de Contas da União reeditou, a pedido do Ministério da Saúde, normas de como gastar dinheiro, voltando à época do Suds, quando já há trânsito em julgado permitindo que este dinheiro seja utilizado dentro do SUS para qualquer tipo de despesa, que é o que o gestor local precisa.

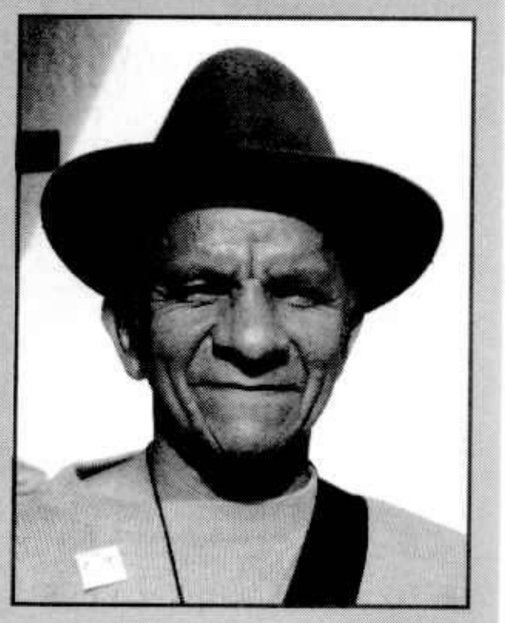
Ele concluiu alertando que este projeto tem vários

"Os mecanismos de acompanhamento e controle dos gastos também merece preocupação. (...) Ainda há recursos executados por fora dos Fundos de Saúde, contrariando as disposições legais, e em muitos municípios o controle dos recursos é feito pelas sectetarias de fazenda e/ou chefe do Executivo. A existência de uma lógica fragmentada de transferência de recursos federais - tabelas de produção, programas verticalizados e atividades rigidamente estabelecidas (tuberculose, DST/Aids, etc.) impede a democratização da discussão do uso destes recursos".

"Na minha opinião, os andamentos estão indo tudo bem. A Conferência é um sucesso. Espero que ao final traga o resultado que a gente espera, que as propostas apresentadas tragam mudanças porque nosso sofrimento está grande, eu sinto na pele. É por isso que eu estou aqui. Meu marido teve um derrame e eu sofri para conseguir atendimento. Eu estou aqui batalhando e eu espero em Deus sair daqui com uma vitória".

Francisca Valério Paixão (São Paulo-SP)





"Minha expectativa quanto aos resultados da Conferência é positiva, é que a plenária final aprove propostas que venham resolver os problemas de saúde vividos pelo povo do Ceará. As maiores carências lá são o desemprego e a falta de higiene, que estão facilitando a chegada de doenças e atrapalhando a vida do cristão".

Francisco Júlio de Araújo (Sobral-CE)

equívocos:

- A NOB-93 teve vários avanços, mas o problema central da descentralização é a questão do dinheiro. Você não descentraliza fazendo com que o dinheiro diminua. Neste ano, está se investindo menos dinheiro do que se investia em 1995. Cresceu 300% a receita que alimenta a saúde de 94 a 99 e a despesa com saúde cresceu apenas 50%. Não acompanhou nem a inflação. O que está escamoteado atrás do processo desta recentralização punidora, se utilizando de afirmações como a que o município é incompetente e que todos os prefeitos roubam, generalizando-se as coisas, é o processo de reengolir o SUS e voltar ao Suds.

Para falar sobre as plenárias de saúde, o Movimento "SOS SUS" e o recente processo que assegurou o financiamento regular e permanente da saúde, a Deputada Federal Jandira Feghalli (PC do B-RJ) começou de maneira enfática:

- A primeira coisa que pecisa ser dita aqui é que esta conferência é deliberativa e por isso precisa ser cumprida todas as suas recomendações e deliberaçõres. Digo isso porque na retrospectiva da 8ª, 9ª e 10ª conferências, e aí cabe uma crítica aos governos, não foram cumpridas grande parte das deliberações aprovadas.

Para a deputada, houve uma grande evolução quando o texto constitucional "coloca que saúde não é um valor que possa depender de políticas de mercado, mas é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania e que por isso não pode ser tratada como mercadoria".

Na mesma linha de Gilson Carvalho, ela também acha essencial se discutir a questão da autonomia na gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde:

- Ao rever a experiência histórica do SUS, as plenárias de saúde e o Movimento SOS SUS, podemos dizer que estavam no centro a garantia das conquistas na regulamentação infra-constitucional, mas também a questão dos recursos da saúde. Precisávamos ter uma garantia constitucional que a vida das pessoas não estaria mais ao sabor das políticas pontuais desse ou daquele Governo. Hoje pelo menos garantimos a vinculação constitucional, que garante a responsabilidade da União, estados e municípios com o setor.

Mas apesar de reconhecer os avanços conquistados pelo SUS, ela coloca algumas preocupações:

- O primeiro grande desafio é responder de que forma vamos fortalecer a política de saúde dentro de uma realidade de aumento da demanda por saúde, balizada por questões concretas como o aumento da pobreza e da miserabilidade, o desemprego, a queda da massa salarial, questões que certamente aumentarão a busca pelo sistema de saúde. Ao mesmo tempo, há uma mudança nos municípios para onde o sistema está se descentralizando, com verdadeiras cidades ilegais, marginalizadas pelo crescimento desordenado e super-concentração demográfica. Nós teremos um aumento da demanda por essa marginalidade, pela violência

Jandira Feghalli

policial, narcotráfico, drogas, trazendo impacto direto e indireto no sistema de saúde. Para Jandira, só há uma forma de responder a este aumento da demanda por saúde, que é fortalecer o papel do Estado e os conceitos fundamentaois do SUS. Sobre isso, ela vê a possibilidade de graves retrocessos:

- Digo isso porque não é pela boa vontade do Ministro, dos técnicos do Ministério e dos gestores que depende a implantação do SUS. A questão é que o Estado está passando por transformações profundas, onde a perspectiva é a redução de seu papel. O Estado tem sido subjugado a uma política de *financeirização* do orçamento brasileiro. Os juros das dívidas externa e interna correspondem ao dobro dos gastos em saúde. Em nome do ajuste fiscal, o ministro Pedro Malan está descumprindo a recente Proposta de Emenda Constitucional aprovada pelo Congresso.

Ela disse que é muito difícil descentralizar pagando dez reais por habitante ano de Piso de Atenção Básica:

- Isso é uma afronta aos direitos humanos. Não dá para cumprir a descentralização com o teto financeiro do SUS em alguns municípios nos valores que estão. Reduziram-se 54 mil leitos entre 92 e 99, devido à falência dos hospitais do interior. E um dos aspectos fundamentais disso foi a falta de repasse, particularmente nos municípios pequenos. Hospitais universitários estão se abrindo para planos privados de saúde para terem sustentação financeira.

Ela também criticou ataques que estão sendo feitos ao modelo assistencial preconizado pelo SUS:

- Os critérios do SUS são acesso, eqüidade, integralidade e universalidade. Me preocupa que tenha se feito vista grossa ao fato de redes inteiras de hospitais, como na Bahia, estarem sendo repassadas a quem não tem competência para administrar. Se nós queremos fortalecer a atenção básica, priorizar programas de saúde da família e dos agentes comunitários, eles só serão portas de entrada estruturantes do SUS se tiverem uma articulação com a rede de maior complexidade. O que vemos hoje não é isso, mas uma estrutura paralela, com absoluta precarização das relações de trabalho, seja dos profissionais de saúde, seja dos agentes comunitários, que sequer estão regulamentados.

"Faltam recursos para investir em desenvolvimento de recursos humanos, o que dificulta a constituição e sustentação de equipes de trabalho que mantenham tais programas ao longo do tempo. A falta de humanização do atendimento também decorre da falta de recursos que possam sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores de saúde. Além disso, a lei de responsabilidade fiscal pode vir a estimular o menosprezo à responsabilidade social dos governos, justificando a limitação de gastos essenciais como a contratação de pessoal na área da saúde".

"Minha impressão é que a Conferência está sendo muito dirigida pelas idéias do Ministério da Saúde. Acho que os grupos estão se esforçando muito, tentando e conseguindo impor seus pensamentos, colocando ralmente as suas propostas. Nós estamos sendo muito cerceados no que diz respeito à liberdade de colocar nossas idéias. Mas a minha impressão é que os grupos de trabalho possam definir propostas sérias, porque o que o Governo tem feito é tentar colocar pra gente que nós vivemos num País que tem a saúde perfeita. Eles colocam números e a impressão que se dá é que são números reais, tentando transparecer através destes números uma realidade que não existe. O Ministério tem que procurar ser o menos tecnocrata possível, avaliando os efeitos reais de sua política e não números".

Eleuses Sarrafi (São Francisco-PA)

da privatização e da descentralização. E saúde não está imune a estas reformas, afirmou ela.

Para Laura Tavares, as agências autônomas e as organizações sociais, que operam os chamados serviços não exclusivos do Estado, partem do pressuposto que estes serviços seriam mais eficientemente realizados se, mantido o financiamento do Estado, fossem executados por um chamado setor público não estatal:

- Ninguém sabe exatamente o que significa este setor. Esta suposta autonomia financeira e administrativa pode implicar na sua total subordinação a interesses privados locais, comprometidos ou não com as chamadas organizações sociais.

Ela critica, também, o controle social sobre estas organizações, que se daria através de um Conselho de Administração:

- Estes conselhos certamente estarão comprometidos com os interesses privados. No caso dos serviços essenciais como hospitais, isso está provocando uma dualização da clientela, discriminando aqueles que podem dos que não podem pagar e uma discriminação dos serviços prestados de maior e menor qualidade, dependendo do poder de compra do usuário.

Ela registrou, entretanto, que em alguns estados essa estratégia tem sofrido resistência. E citou o Estado do Rio, "cujo Secretário teve a coragem de tornar público novamente os hospitais, revertendo a privatização naquele estado".

- Esta estratégia é imposta pelo Banco Mundial, que impõe uma cobrança supostamente seletiva ao usuário, que passa a pagar duplamente. Via impostos e diretamente quando é atendido. Elimina-se o princípio constitucional da universalidade, que assegura a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. E não venham querer me enrolar com programinhas básicos de combate à pobreza, onde a saúde está virando assistencialismo de má qualidade.

Segundo Laura Tavares, o Estado se transformou no agente patrocinador da privatização no campo social. Sob influência desta política, estimula ações delegatórias à sociedade, sobretudo para a parcela mais pobre:

- Consagra-se o discurso sobre virtudes do terceiro setor, incentiva-se atividades de voluntariado, promove-se iniciativas de filantropia empresarial, todas destinadas a substituir ou complementar responsabilidades que os governos recusam ou assumem parcialmente, discriminando e negando direitos. Temos hoje serviços ricos para ricos e serviços pobres para pobres.

Para ela, o modelo dos conselhos de saúde hoje se reproduz para uma infinidade de setores como educação, assistência social, habitação e idosos:

- Isso tem levado a uma fragmentação do controle social, que correesponde a uma estratégia de focalizar e fragmentar as políticas sociais, inviabilizando a participação daqueles que já levam uma vida dura, pela obrigação de participar de tanta reunião em tantas instâncias.

Gilson Cantarino

Para Laura Tavares, o controle social não tem se aperfeiçoado com a municipalização, pois os governos locais, quando não estão comprometidos com o projeto popular e democrático, têm se mostrado tão corruptos quanto os demais e imunes ao controle social, provando que o nível local nem sempre é mais puro democrático:

- A própria representação popular nos conselhos deve ser revista, no sentido de sua legitimidade como defensora dos interesses da população. Cabe discutir o papel dos conselhos na partilha das responsabilidades com os governos, que se isentam de seu dever. Os conselhos estão sendo responsabiliados por iniciativas que são de governo. Muitos conselhos estão sendo cooptados neste processo, transformando-se em meros instrumentos que referendam políticas já estabelecidas no que têm de mais substancial, restando-lhes decidir sobre coisas secundárias.

Para materializar sua crítica, ela perguntou:

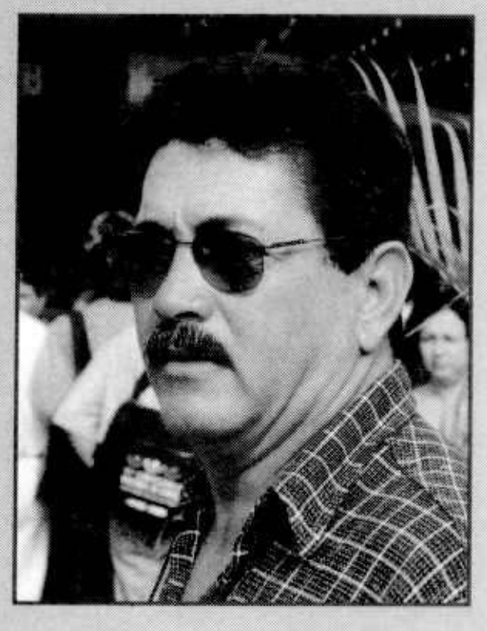
- Que conselho neste País decidiu sobre as inúmeras restrições impostas a estados e municípios para o repasse dos recursos? Que conselho neste País decidiu sobre o montante realmente necessário para atender às necessidades de saúde da população? Ou todos estão de acordo que dez reais por habitante ano é suficiente para uma atenção básica de qualidade, resolutiva e integral para toda a população? Que conselho neste País elegeu o Pacs e o PSF como os únicos programas capazes de reverter o modelo assistencial? Foi uma opção autêntica ou uma imposição vinculada ao repasse de recursos?

Ela encerrou com propostas:

- Hoje já temos alternativas que vão muito além dos conselhos oficiais, como os modelos de orçamento participativo, conselhos populares ampliados que participam na decisão e controle das políticas sociais de forma integrada no seu território, como está sendo feito agora no Rio Grande do Sul, pois não existe saúde sem saneamento, sem educação, sem emprego, sem políticas públicas essenciais. A luta por um verdadeiro controle social passa pela luta por uma sociedade mais justa e pela eleição de governos que efetivamente tenham compromissos com a defesa dos interesses populares.

Para José Geraldo de Souza (Professor da

"Realizar Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, visando a organização do sistema e maior participação popular nas decisões acerca da política de vigilância sanitária e outras, bem como das formas de integração com a política de assistência farmacêutica. Garantir o controle da "fila única" de espera de órgãos, regulamentando a obrigatoriedade de encaminhamento regular, sistemático e detalhado dos relatórios das centrais de transplante aos conselhos de saúde, a fim de coibir privilégios nas listas de espera".



"A 11ª Conferência foi um fato marcante, está sendo muito boa, tendo grande participação, grande empenho principalmente por parte dos conferencistas e dos delegados e tenho certeza que dela sairá um grande resultado. O grupo onde participei foi muito atuante e teve grandes debates e confrontos de idéias. Tudo leva a crer que os resultados serão bons. Essa é a minha impressão".

João José Batista de Castro (São Paulo-SP)

garantia de que todo cidadão teria acesso a todos os bens que o Estado pudesse prover. E que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito.

Se referindo à emocionante solenidade que abriu a 11ª Conferência, Arouca disse que "toda a emoção que a envolveu recoloca a Reforma Sanitária no seu verdadeiro lugar, porque ela não é um projeto administrativo, só. Não é um projeto técnico-gerencial, só. Não é um projeto técnico-científico, só. Também é. Mas o projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

Para falar sobre a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e da Legislação do SUS, Arlindo Fábio Gomez de Souza (ex-Secretário Executivo da CNRS, ex-Presidente da Abrasco e atual Superintendente do Canal Saúde da Fiocruz) começou fazendo uma homenagem "a todos os que participaram da construção de uma nova proposta para a saúde e de uma nova proposta de sociedade".

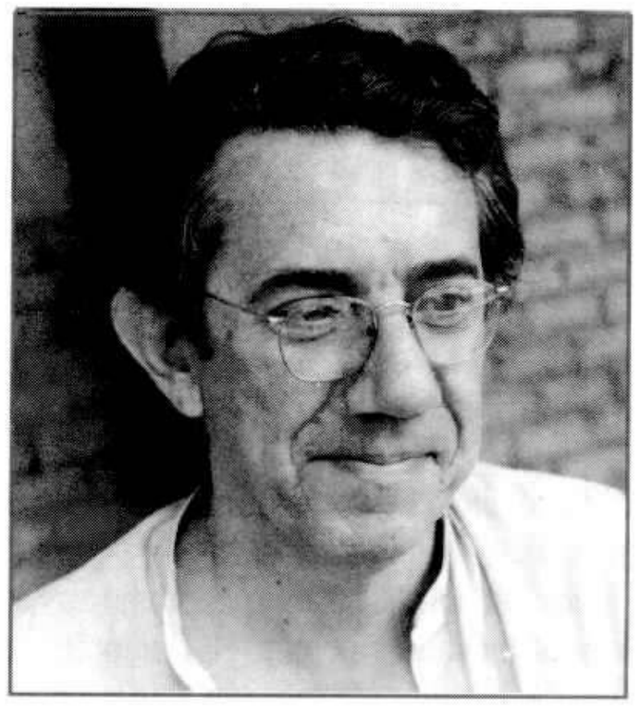
Segundo ele, a CNRS, presidida por José Alberto Hermógenes de Souza, "que pelo Ministério da Saúde teve a coragem de convocá-la e exigir o seu funcionamento", foi importantíssima no processo da reforma e na consolidação do SUS:

- A Comissão foi uma conseqüência da oitava. Ela foi criada para dar continuidade e concretude às deliberações da conferência. Se buscou criar um fórum que colocasse em ação o que fosse necessário para implementar as decisões da oitava. Mas o ensinamento que podemos tirar dela é que o processo político é mais complexo, mais demorado, exige maior negociação, pactuação, maior identificação dos atores e compromissos dos atores envolvidsos no processo.

Arlindo explica que "a oitava foi o primeiro momento em que usuários, gestores, profissionais e servidores estiveram juntos, pois até então as conferências eram instâncias internas do Ministério da Saúde, que fazia as convocações de quem ele queria e discutia temas que diziam mais respeito às questões burocrático-administrativas do Ministério".

Na oitava, lembra ele, um setor não esteve deliberadamente presente:

- O setor privado de prestação de serviços, que se negou a comparecer, tentou sem êxito uma conferência paralela em São Paulo. Frente a esta realidade, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária cumpriu a tarefa de reintroduzir a interlocução com este setor, que naquele momento era responsável por 85% dos leitos hospitalares do País. E se não era possível, pois não havia condições políticas para isso, de se ir na direção de uma das propostas discutidas na oitava, que era a estatização imediata dos serviços privados de saúde e



Arlindo Fábio Gomez de Souza

da produção de medicamentos, se esse momento não estava dado, havia que se pensar em alguma forma de reintroduzir um ator importante, para que pudéssemos ganhar legitimidade no envio e no encaminhamento das propostas, inclusive da oitava, na Assembléia Nacional Constituinte.

Para Arlindo, a lição da CNRS é a da capacidade de negociação:

- São momentos em que nos exasperamos porque queremos caminhar mais. Mas sabemos que se determinados passos não forem dados, certamente não chegaremos ao ponto que desejamos. A CNRS teve essa finalidade, de agregar os atores fundamentais no processo da prestação e atenção à saúde, que voltaram à mesa de negociações.

Ele avalia que as emendas populares deram o perfil final do que temos hoje no texto constitucional, mas é verdade também que foi das negociações havidas na CNRS que se chegou ao texto preliminar:

- O texto construído na Comissão foi difundido para todo o território nacional, através de sindicatos, associações de moradores, igrejas, organizações das mais variadas, partidos políticos, que discutindo seu conteúdo elaboraram as emendas populares que deram origem ao texto da Constituição.

Para Arlindo, a legitimidade da 8ª Conferência e da CNRS se expressa em dois monentos:

- Na própria oitava, com a presença do Presidente da República, no início do processo de redemocrtaização do País, quando ele abre a Conferência dizendo que considerava a oitava como uma pré-constituinte da saúde, reconhecendo a legalidade e a legitimidade do que ali está colocado. Na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, ao entregamos o relatório da oitava, os membros que a compunham nos disseram que o reconhecimento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, embasada na legitimidade e reprentatividade da oitava, impunha que eles assumissem o compromisso de aprovação do texto que estava sendo entregue.

Aprovado o texto em 1988, Arlindo considera que o País passa a viver "um momento de fortalecimento da

"O ingresso dos recursos originados da CPMF não aumentou o volume de recursos para a saúde, o que a caractarizou como uma fonte substitutiva. Além disso, os gastos federais têm sido crescentes no financiamento dos serviços privados. Recursos financeiros são repassados para cooperativas, organizações sociais e outras formas de prestadores privados, sem controle social. (...) O financiamento da assistência farmacêutica básica tem sido insuficiente e os municípios têm tido dificuldades de acesso a estes recursos".